Nr. 27. 3. lipca 1932 Rok XI.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

J. DADLEZ — W. KOSKOWSKI. Lwów.

Z badań nad preparatem otrzymanym z mięśni szkieletowych.

Preparat sporządzony przez nas z mięśni szkieletowych cieląt [1]) znalazł już zastosowanie kliniczne jako czynnik wybitnie hipotensyjny w stanach nadciśnienia tętniczego, jako lek działający korzystnie w dusznicy bolesnej, w zmianach naczyniowych obwodowych i t. d. [2]) [3]). Preparat nasz różni się od istniejących wyciągów, działających hipotensyjnie metodą przygotowania oraz siłą działania. Wolny jest od ciał białkowych i lipoidowych. Nie zawiera peptonu ani histaminy. Czynnik działający znosi wysoką ciepłotę, stąd też preparat daje się dobrze sterylizować. Może mieć zastosowanie dożylne, domięśniowe i ewentualnie doustne.

Nie posiada działania toksycznego.

Działanie farmakodynamiczne.

Badania nad działaniem farmakodynamicznem preparatu wykonano na różnych zwierzętach laboratoryjnych. Na królikach atropinizowanych i w narkozie uretanowej badano wpływ na ciśnienie krwi, kontrolując je na kotach i psach. Na gołębiach z przetoką żołądkową badano ewentualny wpływ na wydzielanie soku, stosując to jako próbę, która jest najpewniejszym biologicznym sprawdzianem obecności histaminy w preparacie.

Wstrzykiwanie dożylne preparatu z mięśni szkieletowych powoduje u królików w narkozie uretanowej spadek ciśnienia krwi. Spadek ten jest znaczny a, zależnie od ilości wstrzykniętego preparatu, ciśnienie krwi utrzymuje się na niższym poziomie przez krótszy lub dłuższy okres czasu. Równocześnie ze spadkiem ciśnienia krwi zauważyć się daje wpływ na wzmożenie akcji serca. (Krzywa Nr. 1).

Wstrzykiwania domięśniowe powodują również spadek ciśnienia krwi u badanych zwierząt, spadek ten jednak nie jest tak znaczny, natomiast bardziej długotrwały.

Na krzywej Nr. 1 widoczny jest spadek ciśnienia krwi u królika, któremu wstrzyknięto dożylnie 1 cm³, zawierający 100 jednostek hipotensyjnych preparatu [4]).

Natychmiast po wstrzyknięciu ciśnienie krwi spada z 84 mm Hg na 22 mm Hg, poczem następuje powolny powrót do normy. W okresie największego spadku ciśnienia zaznacza się wybitny wpływ na czynność serca, wzmagający amplitudę skurczów serca oraz zwolnienie tętna. Zwolnienie to trwa przez parę minut i niekiedy ustępuje nieznacznemu przyśpieszeniu.

Przykład: Wstrzyknięcie królikowi wagi 1970 g 1 cm³ preparatu z mięśni prążkowanych zawierającego 20 jednostek spowodowało spadek ciśnienia krwi z 72 mm Hg na 14 mm Hg oraz zwolnienie uderzeń serca z 204 na 162 na jedną minutę. Po kilku minutach ciśnienie krwi wynosi 70 mm Hg a natomiast ilość uderzeń serca 234 na jedną minutę. (Krzywa nie zamieszczona). W tym wypadku zatem nastąpiło po przejściowem zwolnieniu przyśpieszenie akcji serca.

Wstrzykując preparat kilkakrotnie u tego samego zwierzęcia można zauważyć wzmagające się działanie preparatu na ciśnienie krwi. Wzrost efektów działania po wprowadzaniu tych samych dawek lub nawet dawek coraz to mniejszych najprawdopodobniej nie leży w dziedzinie kumulacji lecz możnaby przypuszczać istnienie uczulenia tem bardziej, że efekty następne są wyrazem nie sumowania lecz potęgowania działania. (Krzywa Nr. 2).

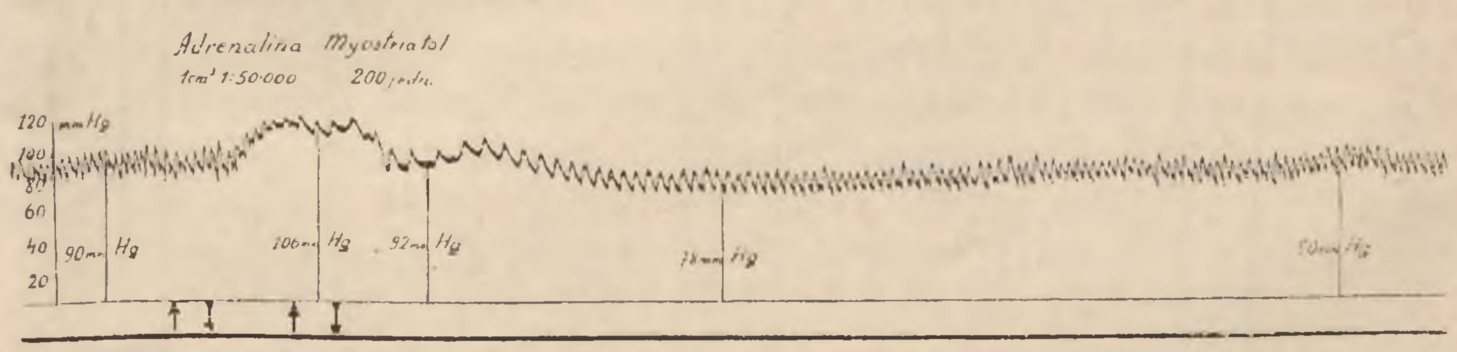
Krzywa Nr. 2 przedstawia zjawisko wzmagającego się działania preparatu na ciśnienie krwi w miarę powtarzanego wstrzykiwania tego wyciągu do żyły. Królikowi wagi 1670 g w narkozie uretanowej i po atropinizacji wstrzyknięto 1 cm³ myostriatolu, zawierającego 100 jednostek. Ciśnienie krwi spadło z 80 mm Hg na 14 mm Hg, przyczem wzmogła się wybitnie akcja serca. Po kilku minutach ciśnienie krwi wraca do 70 mm Hg. W 5 minut po pierwszem wstrzyknięciu wprowadzono dożylnie 0,5 cm³ preparatu zawierającego 50 jednostek hipotensyjnych. Ciśnienie krwi spadło z 70 mm Hg na 16 mm Hg. Wreszcie temu samemu zwierzęciu, po dalszych 5-ciu minutach wstrzyknięto 0,2 cm³ preparatu t. zn. 20 jednostek, przyczem ciśnienie krwi spadło z 70 mm Hg na 16 mm Hg mimo, iż dawka w tym wypadku była $2^1/_2$ razy mniejsza od poprzedzającej a pięciokrotnie mniejsza od pierwotnej.

Wrażliwość wzmożona zwierzęcia na wstrzykiwany ponownie preparat utrzymuje się przez szereg godzin.

Przykład drugi: (Krzywa Nr. 3). Królikowi o wadze 1950 g w narkozie uretanowej i po atropinizacji wstrzyknięto dożylnie 1 cm³ preparatu, zawierającego 20 jednostek hipotensyjnych. Ciśnienie krwi spadło z 96 mm Hg na 62 mm Hg i natychmiast powróciło do normy. Ponowne wstrzyknięcie po niecałej godzinie takiej samej dawki preparatu powoduje spadek ciśnienia z 88 mm Hg na 28 mm Hg. Zaznacza się przytem wyraźny wpływ na serce, którego uprzednio nie było. Ciśnienie krwi powoli wraca do wysokości pierwotnej.

Doświadczenia powyższe wybrane jako przykłady z wielu badań świadczą wyraźnie o dużych różnicach w efektach działania tych samych dawek i u tego samego zwierzęcia zależnie od tego, czy było ono przygotowane dawką preparatu uprzednio wprowadzonego. Fakt ten ma ważne znaczenie nietylko z punktu widzenia rozważań teoretycznych lecz i ze względów praktycznych. Określanie dawki minimalnej hipotensyjnej odbywać się winno z uwzględnieniem tego zjawiska, poza tem efekt ten może być wyzyskany w celach terapeutycznych.

W doświadczeniach na psach stwierdzono, że preparat czynny jest u zwierzęcia z przeciętym rdzeniem tuż poniżej przedłużonego, iż przeciwdziała wpływowi hipertensyjnemu wywołanemu przez drażnienie dośrodkowego końca nerwu błędnego, że w czasie wzrostu ciśnienia krwi, wywołanego przez drażnienie obwodowego końca nerwu trzewnego w jamie brzusznej prądem indukcyjnym, można otrzymać po wstrzyknięciu preparatu znaczne obniżenie ciśnienia. Stosując mieszaninę preparatu z adrenaliną można otrzymać efekty antagonistycznego działania obu środków przynajmniej w pewnej mierze, zależnej od odpowiedniego doboru dawek. (Krzywa Nr. 4).



Krzywa Nr. 4.

Krzywa Nr. 4 przedstawia efekty wstrzykiwania mieszaniny preparatu w ilości 200 jednostek (2 cm³) i adrenaliny 1:50.000 (1 cm³) u psa w narkozie chloralozowej. Ciśnienie krwi wzrasta przejściowo z 96 mm Hg na 106 mm Hg, następnie wraca do normy i spada do 78 mm Hg, poczem wraca do stanu pierwotnego.

W doświadczeniach na gołębiach opatrzonych przetoką żołądkową badano wpływ na wydzielanie soku żołądkowego. Aczkolwiek mięśnie poprzecznie prążkowane nie zawierają wielkich ilości histaminy w porównaniu z innemi narządami, a szczególnie z wątrobą i płucami, to jednak wobec działania farmakodynamicznego histaminy już w bardzo małych ilościach, uważaliśmy ten sprawdzian za nader ważny. Mimo, że nie otrzymywaliśmy nigdy u królików atropinizowanych i w narkozie uretanowej wzrostu ciśnienia krwi, co według klasycznej metodyki badań ma świadczyć o nieobecności histaminy w badanej substancji, to jednak użyliśmy jeszcze sprawdzianu wydzielniczego dla soku żołądkowego, ponie-

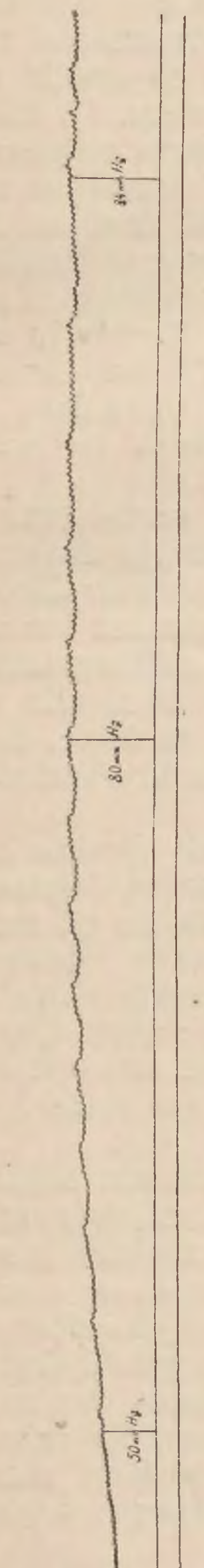
---

[1]) Preparatowi nadaliśmy nazwę myostriatol.

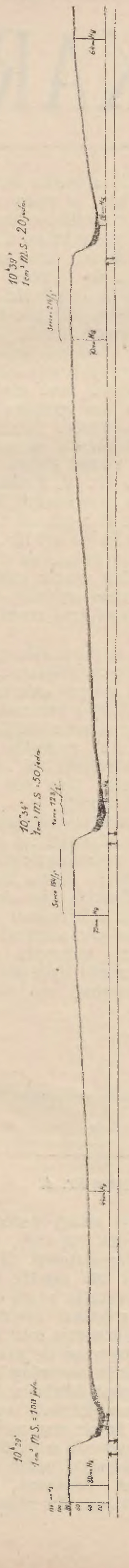
[2]) Dr. Goertz, Dr. Czeżowska, Dr. Tyszka — dyskusja w Lwow. Tow. Lek. dnia 11 marca 1932.

[3]) Dr. Goertz (P. G. L. Nr. 27, 1932).

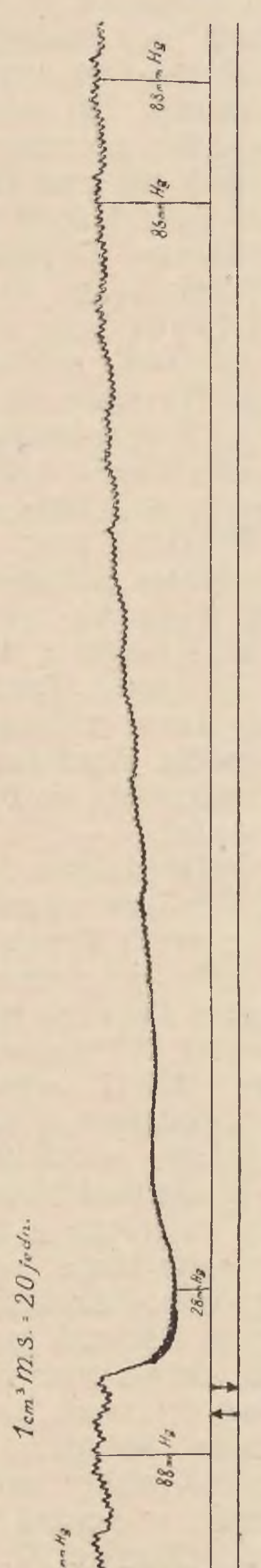
[4]) Jednostką hipotensyjną jest to ta ilość preparatu, która wywołuje u atropinizowanego królika wagi 2 kg i od 24 godzin naczczo, a będącego w uśpieniu uretanowem minimalny spadek ciśnienia krwi. W naszych określeniach jako minimalny spadek przyjmowaliśmy obniżenie ciśnienia najmniej o 8 mm Hg.



Krzywa Nr. 1.



Krzywa Nr. 2.



Krzywa Nr. 3.

waż przedstawia on najpewniejszy biologiczny sprawdzian obecności histaminy. Wyobraźmy sobie bowiem, iż preparat badany zawiera czynnik hipotensyjny i histaminę, to wówczas działanie hipertensyjne histaminy u królika może być zniesione przez wpływ hipotensyjny ciała czynnego. Widzimy taki efekt np. na krzywej działania wyciągu z trzustki, przytoczonej przez G l e y'a i K i s t h i n i o s a[5]) w pracy ich o wpływie hipotensyjnym wyciągów z trzustki (1928). Na omawianej krzywej zaznacza się w pierwszej fazie po wstrzyknięciu *angioxyl'u* wzrost ciśnienia krwi o około 10 mm Hg. a następnie dopiero ciśnienie spada. Nie negowaliśmy nigdy obecności w wyciągach z trzustki zwanych *angioxyl'em* obecności czynnika hipotensyjnego, stwierdziliśmy jedynie, że zawierają histaminę z tego względu, iż wstrzykiwanie tego preparatu gołębiom z przetoką żołądkową dawało obfite wydzielanie soku żołądkowego. Argument ten uznał pośrednio odkrywca preparatu Dr. G l e y, czego dowodem jest przygotowanie — po dyskusji z nami — nowych seryj *angioxyl'u* już bez histaminy, który uprzejmie nam przysłany przez niego nie wykazuje wpływu sekretorycznego dla żołądka a posiada wyraźny efekt hipotensyjny.

Zatrzymaliśmy się tutaj na omawianiu znaczenia histaminy w wyciągach nieco dłużej z tego względu, że substancja ta o znacznej sile działania może maskować efekty działania istotnego czynnika w wyciągach i dawać przez to powód do błędnych interpretacyj.

Wstrzykiwanie domięśniowe preparatu naszego gołębiom opatrzonym przetoką żołądkową nawet w ilości do 600 jednostek jednorazowo nie daje wydzielania soku żołądkowego, co świadczy o braku histaminy w wyciągu.

Dyskusja. Sprawa wyciągów z tkanek ma już obfite piśmiennictwo. Nie podobna w krótkim artykule rozpatrzeć tych wszystkich prac, któreby na to zasługiwały. Mimo jednak dużej ich liczebności nie mają jeszcze ustalonych podstaw poglądy na temat działania wyciągów, ich mechanizmów a także charakteru ciał czynnych. Rozpowszechniony pogląd o działaniu kwasu adenozynofosforowego względnie adeniny w wyciągach z narządów niezawsze znajduje podstawy eksperymentalne i kliniczne.

Z i p f[6]), który zajmował się sprawą charakteru działania t. zw. jadu wczesnego, podkreśla jego działanie we krwi, wątrobie, mięśniach szkieletowych, nerce, śledzionie, trzustce, płucu i w mięśniu sercowym. Spadek ciśnienia wywołany przez wstrzyknięcie tej substancji zależy, według Z i p f a, od zmniejszenia minutowej objętości aorty, zahamowania odpływu krwi w płucach, powiększenia przez to serca prawego, wzrostu objętości w dużych pniach żylnych i wzrostu objętości wątroby. Wynikiem tego jest spadek ciśnienia w lewym przedsionku, gorsze wypełnienie lewej komory i wskutek tego spadek ciśnienia. Możliwy jednak jest mechanizm polegający na rozszerzeniu naczyń wieńcowych serca. T. zw. krótkie spięcie naczyń wieńcowych stwarzać ma łatwą komunikację między aortą a prawym przedsionkiem i wskutek tego duża część napełnienia aorty jest przez to krążenie odciągnięta. Możliwe jest, że obydwa te procesy wchodzą w grę jako przyczyny powstawania spadku ciśnienia krwi. Obwodowe rozszerzenie naczyń nie ma miejsca. (Z i p f).

Tymczasem według F r e y a hormon z trzustki działa właśnie rozszerzająco na najmniejsze naczynia, co potwierdzają zresztą inni badacze i co można odnieść do naszego preparatu.

Rozważania Z i p f a i innych doprowadzają zatem do wniosku, że wyciągi z narządów a mianowicie z mięśni szkieletowych, wątroby, śledziony, serca i płuc i oczywiście krew, mają posiadać ten sam czynnik działający.

Nie przeprowadzamy jeszcze w niniejszym artykule szczegółowej analizy działania wyciągu z mięśni i oceny mechanizmu jego działania leczniczego w nadciśnieniu tętniczem, dusznicy bolesnej i zmianach naczyniowych obwodowych. Pragniemy jedynie zwrócić uwagę na ostrożność w rozumowaniu, którą zachować należy przy ocenie działania wyciągów, gdyż nie wszystkie działają jednakowo, mimo, iż według autorów niemieckich mają zawierać ten sam czynnik działający. Wyciągi z mięśni szkieletowych, wątroby, nerki, trzustki dają spadek ciśnienia krwi i polepszają akcję serca. Preparat wątrobowy Z u e l z e r a *(eutonon)* działa, według tego autora, na procesy chemiczne serca i przez to polepsza jego przewodnictwo. Rozszerza przytem tętnice wieńcowe. Według danych F a h r e n k a m p f a natomiast ten właśnie preparat nie zawiera kwasu adenozyno-fosforowego.

Wyciąg mięsny — *lakarnol,* jest dobrym środkiem w leczeniu dusznicy bolesnej. Przy podawaniu dożylnem może dać przejściowy

[5]) C. R. de la Soc. de biol. T. XCIX. 1928, str. 1840.

[6]) Zipf — Arch. f. exp. Pathol. u. Pharm. T. 157. 1930. str. 95.

wzrost ciśnienia krwi (Fahrenkampf i Schneider[7]). Przy podawaniu lakarnolu *per os* Görl[8]) nie stwierdził wpływu „godnego wspomnienia" na ciśnienie krwi, tylko w dwóch wypadkach zauważył wzrost ciśnienia, które wróciło do stanu wyjściowego po zaprzestaniu podawania preparatu. W eksperymencie na zwierzęciu efekty działania hipotensyjnego zaznaczają się słabiej aniżeli po zastosowaniu naszego preparatu. Preparat z mięśni przez nas przygotowany daje u zwierząt i człowieka spadek ciśnienia krwi, poprawia akcję serca. Spadek ciśnienia u ludzi występuje wtedy, gdy jest ono przedtem wzmożone, ciśnienie krwi prawidłowe lub niższe od prawidłowego może ulec przejściowo nawet kilkunastomilimetrowej podwyżce. (Goertz).

Hormon trzustkowy daje efekty działania podobne do działania wyciągów mięśniowych, chociaż zachodzą między temi preparatami różnice fizyczne. Wyciągi mięśniowe znoszą dobrze wysoką ciepłotę, ciało czynne wyciągu podobnie jak w innych, łatwo przechodzi przez pergamin. Natomiast hormon trzustkowy Krauta i Freya t. zw. kalikreina przechodzi przez pergamin z trudnością. Wysokiej ciepłoty nie znosi.

Wyciągi z płuc mają należeć, według autorów niemieckich, do tej samej kategorji preparatów, jeśli chodzi o ciało czynne. Tymczasem sporządzone przez nas wyciągi z płuc, po dokładnem ich oczyszczeniu, nie wywierają wpływu hipotensyjnego. U zwierząt nie działają zupełnie na ciśnienie krwi lub dają nawet efekty hipertensyjne. Nie mają wpływu na objawy dusznicy bolesnej, nie powodują spadku ciśnienia krwi u chorych z nadciśnieniem tętniczem, natomiast przejawiają własności diuretyczne i odznaczają się dużemi własnościami melanoforycznemi. Nie działając na zmiany naczyniowe i serce wywierają wpływ korzystny na niektóre postacie zmian swoistych w płucach i stawach (Tyszka)[9]).

Już na tych kilku przykładach staje się widoczne, iż pomiędzy różnemi wyciągami zachodzą duże różnice mimo, iż chciano je zestawić we wspólnym szeregu i odnieść efekty działania do tej samej substancji, którą ma być kwas adenozynofosforowy, adenozyna, ewentualnie inne nukleotydy i nukleozydy (Zipf). Przeciw takiemu poglądowi występuje z dużą stanowczością Haberlandt[10]), uważając go za niesłuszny z tego chociażby względu, że adenozyna względnie kwas adenozynofosforowy wywołują u człowieka zwolnienie tętna i zjawiska bloku. Pogląd ten znajdowałby poparcie w różnych wynikach analizy chemicznej dla różnych preparatów, wśród których preparaty nie zawierające wyżej wymienionych składników lub bardzo mało, odznaczają się jednak działaniem hipotensyjnem.

Jak wynika z powyższych rozważań, trudno jest w tej chwili przyjąć istnienie jednolitego czynnika, który działać ma w różnych wyciągach z narządów. Ciała towarzyszące, wspomagające lub maskujące działanie substancji istotnej lub istotnych, mogą być różne. Do niedawna jeszcze uważano histaminę za czynnik grający rolę zasadniczą w automatyźmie serca i wyrażano wątpliwości, czy wogóle serce może bez niej pracować (Rigler 1928). Wpływ leczniczy wyciągów z mięśni szkieletowych przypisywano nawet niespecyficznemu działaniu ciał białkowych (R. Schmidt 1930), które mają uczulać serce na inne czynniki lecznicze podobnie jak np. mleko na preparaty salicylowe. Leczenie dusznicy bolesnej ma być zatem wynikiem nieswoistego działania proteinoterapji. Oczywiście ten pogląd trudno jest przyjąć dla wytłumaczenia mechanizmu działania naszego preparatu, który nie zawiera białka ani peptonów.

Sprzeczność poglądów, brak dostatecznych dowodów chemicznych, eksperymentalnych i klinicznych przemawiających za istnieniem określonego ciała w wyciągach jako istotnego czynnika działania, tłumaczącego odmienne niekiedy efekty farmakodynamiczne zmusza do zachowania pewnej rezerwy w poglądach do czasu wykrycia większej ilości przekonywujących faktów. Na podstawie jednak dzisiaj istniejących faktów trudno jest przyjąć pogląd o jednolitości działającego czynnika. Natomiast wśród ciał, które działają rozszerzająco na naczynia krwionośne najprawdopodobniej jest też substancja, której charakteru dotychczas nie znamy.

[7]) Fahrenkampf i Schneider: Med. Klin. Nr. 2, 1930.
[8]) M. Med. Woch. Nr. 35. 1930.
[9]) W opracowaniu.
[10]) Haberlandt — Med. Klinik. Nr. 34. 1931. str. 1240.

Dr. Jerzy GOERTZ, asystent kliniki. Lwów.

O leczeniu nadciśnienia tętniczego i stanów dusznicowych wyciągami z mięśni szkieletowych[1]).

Z II. kliniki chorób wewnętrznych U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. R. Rencki.

Od czasów Ringera, który pierwszy wypowiedział myśl, że jakaś substancja krążąca we krwi mieć musi regulujący wpływ na układ krążenia, datują się eksperymentalne próby ujęcia tego zagadnienia. Czynniki pozanerwowe i ich wpływ na serce były odtąd niejednokrotnie tematem dociekań różnych autorów, a wyniki uzyskiwane w pracowniach były tak zrazu różnokierunkowe i trudne do wytłumaczenia, że aż do ostatnich czasów sprawy te nie wyszły poza obręb pracowni naukowych, nie posiadając innego znaczenia, jak tylko teoretyczne. Loeb i Howell znaleźli w doświadczeniu na zwierzęciu, że przesunięcia jonów Ca i K mają znaczny wpływ na akcję serca drogą podrażnienia nerwu błędnego przez zwiększenie się ilości jonów potasu, a znów podrażnienia nerwu współczulnego przy zwiększeniu się ilości jonów wapnia. Ciekawe doświadczenia Loewi'ego wykryły naodwrót, że samo drażnienie nerwu błędnego i współczulnego powoduje wydzielanie się do płynu przepływającego przez serce ciał działających na serce innego zwierzęcia zanurzone w tym płynie w sensie tym samym, co drażnienie tych nerwów. Odkrycie tych dwu ciał, błędnego i współczulnego, nie wiele jednak wpłynęło na rozwój zagadnienia regulacji humoralnej układu krążenia, gdyż doświadczenia innych autorów wykazały, że istnieje jeszcze szereg innych doświadczalnych zjawisk równie trudnych do wytłumaczenia. I tak wykazał Ascher, że i płyn Ringera przepływający przez wątrobę wypłukuje z niej ciała działające na serce żaby w kierunku zwiększenia siły skurczów i przyśpieszenia akcji serca. Doświadczenia dalsze stwierdziły jednak, że nawet małe ilości cholanu sodowego mogą wywołać zjawiska takie same, a nawet odwrócenie działania atropiny, co uważano za pewny sprawdzian i ogólną cechę farmakodynamicznego działania. Sądzono więc, że wątroba oddaje małe ilości kwasów żółciowych, które wywierają takie działanie na serce żaby w doświadczeniu. Odkrycie de Moora w Belgji i Haberlandta, prawie równocześnie w Austrji skierowały wszakże uwagę badaczy w kierunku innym. Autorzy ci stwierdzili, że z niektórych części serca, a też i z całego mięśnia sercowego, można otrzymać wyciągi, których działanie na serce zwierzęce jest w wysokim stopniu swoiste i wybitne. Wyosobnienie tego ciała z wyciągów pozwoliło na odkreślenie jego cech najogólniejszych jako to odporności wobec temperatury wrzenia, przechodzenia przez błony nawpółprzepuszczalne i rozpuszczalności w alkoholu. Te trzy cechy wystarczają zdaniem Haberlandta na określenie tego ciała jako hormonu swoistego dla układu krążenia. Ciało wyodrębnione przez Haberlandta z serca żaby i zwierząt ciepłokrwistych ma wywoływać samoistne ruchy serca, przyśpiesza akcję serca oraz wpływa dodatnio na siłę skurczów mięśnia sercowego. Źródłem powstawania tego ciała ma być okolica zatokowa serca, węzła Aschoffa - Tawary i wiązki Hissa. Jeszcze w rozcieńczeniu 1 miljonowej stwierdzał Haberlandt wybitne działanie na serce żaby. Preparaty Haberlandta zastosował klinicznie Fahrenkamp. Podając preparat nazwany hormokardjolem otrzymywał u chorych poprawę szczególnie w przypadkach dusznicy bolesnej. Po odstawieniu jednak preparatu następowało znów pogorszenie. Dalsze próby tegoż autora wykonane wspólnie z Schneidrem nad preparatem stanowiącym wyciąg z mięśni szkieletowych zwanym *Carnigen* dały wynik podobny. Preparat ten jak i hormokardjol wykazał wyraźny wpływ dodatni w przypadkach dusznicy bolesnej zmniejszając ilość napadów oraz sprowadzając poprawę ogólną stanu chorych. W przypadkach z niemiarowością zupełną zauważyli wspomniani autorzy regulujący wpływ na akcję serca a nawet stwierdzali zmianę krzywej elektrokardjograficznej przy uszkodzeniu mięśnia sercowego, cechującą się przejściem wychylenia T ujemnego w dodatnie. U nefrosklerotyków uzyskiwali tylko dodatnie działanie na bezsenność przy podawaniu doustnem, nie notują jednak żadnego wpływu na ciśnienie krwi. Równocześnie niemal pojawia się szereg innych prac, według których ciała wydobywane z innych narządów i innemi metodami wykazują działanie na układ krążenia. Zuelzer występuje z wyciągiem wątroby, któremu przypisuje wybitne działanie na serce w kierunku zwiększenia *tonus* mięśnia sercowego a przedewszystkiem rozszerzenia naczyń wieńcowych serca o 30 do 50% stwierdzonem w doświadczeniach na starlingowskim preparacie płucno-sercowym psa.

[1]) Wygłoszone w Lwowskiem Tow. Lek. na posiedzeniu naukowem dnia 11 marca 1932.

Próby kliniczne w przypadkach schorzeń mięśnia sercowego, a szczególnie w stanach dusznicowych dawały poprawę częściową lub zupełną. Preparat swój nazywa Zuelzer hormonem, tłumacząc sobie jego działanie w schorzeniach serca jako działanie zastępcze na podobieństwo insuliny, z czego wynikałaby potrzeba stosowania preparatu przez bardzo długi czas.

W ślad zatem idzie odkrycie Freya i Krauta, którzy wychodząc ze spostrzeżenia, że dożylne wstrzyknięcie zwierzęcego czy też ludzkiego moczu daje spadek ciśnienia krwi, zwiększenie amplitudy tętna i jego przyśpieszenie uzyskali z moczu substancję o cechach podobnych jak wspomniane wyżej wyciągi. Ciało to, nazwane kalikreiną i później padutyną, posiadać ma więc działanie hormonu układu krążenia w sensie Haberlandta z tą jednak różnicą, że pochodzenie tego ciała wywodzą z trzustki. W płynie wydobytym operacyjnie z torbieli trzustki znalazł Frey niezwykle dużą zawartość (3000 jedn.) ciała czynnego, a dalsze spostrzeżenia kliniczne i laboratoryjne doprowadziły go do wniosku, że hormon ten wytwarzany przez trzustkę znajduje się we krwi, gdzie krąży w stanie nieczynnym zobojętniony przez szczególny inaktywator pochodzący z gruczołów limfatycznych. Padutyna Freya wykazała w zastosowaniu klinicznem działanie na układ krążenia a w szczególności na *tonus* naczyń krwionośnych. We Francji otrzymali Gley i Kisthinios z trzustki ciało o podobnem działaniu pod nazwą angjoksylu. Schwarzmann z Odesy znajduje w wyciągu z mięśni szkieletowych substancję działającą na mięsień sercowy i naczynia krwionośne i pod nazwą myostonu i później myolu stosuje klinicznie wyciągi takie uzyskując dobre wyniki przy dusznicy bolesnej.

Następstwem tych badań było to, że pojawia się cały szereg preparatów, którym twórcy ich przypisują działanie na układ krążenia w sposób swoisty.

Tak więc odkrycie de Moora i Rijlanta oraz Haberlandta daje niejako hasło do poszukiwań za swoiście działającemi wyciągami narządów i w chwili obecnej mamy do rozporządzenia w klinice szereg takich wyciągów, które zależnie od ich pochodzenia można podzielić na: wyciągi z trzustki, jak angjoksyl i wydobywana z moczu padutyna, wyciągi z wątroby jak eutonon, z mięśni szkieletowych jak lakarnol, myoston względnie myol i myotrat. Preparat polski, który mieliśmy sposobność zastosować na materjale kliniki chor. wewn. jest wyciągiem z mięśni poprzecznie prążkowanych a więc szkieletowych cieląt sporządzony przez Dadleza i Koskowskiego[2]).

Przystępując do prób klinicznych nad tym preparatem zdawaliśmy sobie sprawę z tego, że tylko ścisła i nieuprzedzona obserwacja kliniczna może nam pozwolić na należytą ocenę jego działania. To też chorzy nasi obserwowani byli przez dłuższy czas przed podaniem preparatu w tych samych warunkach odnośnie do sposobu odżywiania i zachowania się w czasie doświadczeń. Ciśnienie krwi mierzyliśmy wyłącznie aparatem rtęciowym, stosując metodę osłuchową Korotkowa. Preparat otrzymywaliśmy w zatopionych ampułkach zawierających w 1 cm³ po 40 i po 100 jednostek hipotensyjnych. Jako jednostkę hipotensyjną obrali autorzy taką ilość substancji czynnej, która u królika wagi 2 kg znajdującego się naczczo od 24 godzin, w uśpieniu uretanowem i pod działaniem atropiny obniżała ciśnienie krwi o najmniej 8 mm Hg.

Materjał, który mieliśmy do rozporządzenia w klinice do doświadczeń, obejmował ogółem 28 przypadków

W doświadczeniach na zwierzęciu wybijał się na plan pierwszy przedewszystkiem wybitny wpływ na ciśnienie krwi. To też w klinice zwróciliśmy szczególną uwagę na zmiany ciśnienia krwi najpierw u zdrowych, a następnie u chorych.

W doświadczeniach wykonanych u 3 osobników zdrowych i 12 chorych z ciśnieniem nie odbiegającem od normy przekonaliśmy się, że ciśnienie nawet po dużych dawkach preparatu (do 300 jednostek na dawkę dożylnie) nie wykazuje wahań przekraczających 10 mm Hg. I tak w niektórych przypadkach spostrzegaliśmy po podaniu dożylnem przelotny wzrost ciśnienia o 10 mm Hg, rozpoczynający się w 15 min. po wstrzyknięciu. W godzinę później ciśnienie powracało do wartości wyjściowej. W innych przypadkach tej samej grupy spostrzegaliśmy tylko spadek ciśnienia również nie przekraczający 10 mm Hg, utrzymujący się niekiedy przez kilka godzin (do 10 godz.). Na tej podstawie można stwierdzić, że tam, gdzie ciśnienie nie przekracza normy, wyciąg mięśniowy wykazuje działanie bardzo słabe lub żadne. Można jedynie zauważyć, że początkowy wzrost ciśnienia występuje naogół tam, gdzie wartość jego wyjściowa jest bardzo niska, niższa niż 100 mm Hg, a więc w przypadkach zaliczanych już do hipotonji. Natomiast początkowy spadek ciśnienia mamy naodwrót tam, gdzie wartość jego wyjściowa jest wyższa t. j. około 115—130 mm Hg czyli w górnych granicach normy. Zarówno więc ciśnienie niskie jak i prawidłowe nie ulega znaczniejszym zmianom i to nietylko po jednorazowem zastosowaniu preparatu lecz także i pod wpływem wielokrotnie powtarzanych dawek. Szczegół ten zasługuje, zdaniem naszem, na szczególne podkreślenie przy ogólnej ocenie działania wyciągu mięśniowego.

Jaki wpływ wywierało podawanie preparatu na nadciśnienie tętnicze, spostrzegaliśmy w 11 przypadkach. Na liczbę tę składają się chorzy z ciśnieniem od 150 do 200 i kilkunastu mm Hg i tak chorzy z nadciśnieniem na tle miażdżycy, 2 przypadki z tętniakiem aorty względnie jej rozdęciem, 3 przypadki nadciśnienia na tle schorzenia nerek.

W przypadkach nadciśnienia na tle miażdżycy stwierdziliśmy bez wyjątku wpływ obniżający na ciśnienie skurczowe i to w większości przypadków dość znaczny.

Przykład następujący unaoczni nam ten wpływ.

Przyp. *Aneurysma aortae,* lat 44. L. R. (l. p. 60/32).

Ciśnienie przed podaniem preparatu wynosiło przeciętnie 180/78 mm Hg. Po wstrzyknięciu dożylnem 100 jednostek ciśnienie spada do 144 pomiar powtórny 147. Na drugi dzień podano ponownie 100 jednostek dożylnie. W 5 min. po wstrzyknięciu ciśnienie bez zmiany, w 10 min. 137. Dnia następnego ciśnienie wynosi 136/76 i utrzymuje się na tym poziomie jeszcze przez dalsze trzy doby tak, że dopiero 6 dnia, licząc od pierwszego wstrzyknięcia, podaliśmy znów 100 jednostek już domięśniowo przy ciśnieniu 165/70. Po tem wstrzyknięciu wynosiło ciśnienie 132/78 i utrzymywało się na tym poziomie nadal przez dni 6. Tak więc celem utrzymania ciśnienia na poziomie niskim podaliśmy ogółem 300 jednostek w ciągu 12 dni. W czasie całej 35 dniowej obserwacji otrzymał chory ten ogółem 700 jednostek początkowo dożylnie potem domięśniowo i opuścił klinikę z ciśnieniem wynoszącem 137/80. R. R. Dodać musimy, że chory ten pobierał w tym czasie leczenie swoiste (nowarsenobenzol i bizmut). Ze względu jednak na to, że nigdy nie spostrzegaliśmy tak wybitnego działania neosalwarsanu ani też bizmutu na ciśnienie krwi możemy leczeniu swoistemu przypisać wpływ co najwyżej wspomagający i to jedynie w utrzymywaniu już niskiego poziomu ciśnienia, gdyż zastosowano je dopiero w późniejszym okresie pobytu chorego w klinice.

W drugim przypadku u chorego A. D. lat 51 (l. p. 399) z *Ectasia aortae* podaliśmy wyciąg mięśniowy przy ciśnieniu 142/36. Celem stwierdzenia działania małych dawek podaliśmy w ciągu dnia trzy ampułki po 40 j. dożylnie, (razem 120 jednostek). Po dawce pierwszej spostrzegaliśmy spadek ciśnienia w 15 min do 134/52 oraz powrót do punktu wyjściowego już po upływie pół godziny 142/38. Drugie wstrzyknięcie po godzinie dało zmniejszenie się ciśnienia do 115/38 utrzymujące się jeszcze po upływie godziny. Trzecia dawka popołudniu wywołała już tylko wahania w granicach 128—124. Ciśnienie w dniach następnych mimo odstawienia preparatu utrzymuje się już w granicach następujących:

116/21
114/19
119/16
124/21
110/20
106/16

Zachowanie się ciśnienia w tym przypadku ilustruje nam wpływ małych dawek, często powtarzanych, objawiający się spostrzeganem jeszcze i w innych przypadkach niejako uczuleniem. Tiemann wspomina o podobnem działaniu *Eutonon'u* u swoich chorych, jednak tylko w odniesieniu do dusznicy bolesnej. Tam, gdzie brak jest działania po dawce pierwszej, można jeszcze uzyskać wynik dodatni przez podanie następnie dawek mniejszych, co widać również i w doświadczeniu na zwierzęciu. Wpływ na ciśnienie rozkurczowe nie był w żadnym przypadku wyraźny i stały. Naogół zachowuje się ono równolegle do wahań ciśnienia skurczowego. Szczegół ten podnoszą autorzy w stosunku do wszystkich niemal preparatów pokrewnych. Uzyskanie trwałego obniżenia ciśnienia krwi wydaje się nam rzeczą szczególnie pożądaną w czasie leczenia tętniaków tętnicy głównej. Stwarza się bowiem w ten sposób pomyślniejsze warunki dla procesów reparacyjnych i zaciągania się ścian tętnicy głównej przy równoczesnem leczeniu swoistem.

Inny przypadek pouczy nas znów o wpływie przedłużonym preparatu na nadciśnienie.

Chory K. W. lat 66 l. p. 345, przyjęty z powodu cukrzycy z nadciśnieniem wynoszącem 171/96. Przy ciśnieniu wyjściowem 163/79 podano pierwszą dawkę dożylnie w ilości 100 jednostek. Ciśnienie na drugi dzień wynosi 145/85. Podano znów 100 jedn. Trzeciego dnia R. R. wynosi 135 i wśród wahań wieczornych (do

---

[2]) Preparat ten otrzymał nazwą *„myostriatol"*.

160/75 wieczorem) utrzymuje się w godzinach rannych na wysokości 130. Piątego dnia domięśniowo 100 jednostek, a pomiar codzienny ciśnienia wykazuje w godzinach rannych poziom nie przekraczający 140 mm Hg w przeciągu tygodnia. Równocześnie znaczna poprawa tolerancji węglowodanowej, brak zupełny dolegliwości związanych z nadciśnieniem, doskonałe samopoczucie.

Zakres stosowania preparatów zwanych hormonami krążenia w piśmiennictwie dotyczy w znacznej przewadze przypadków dusznicy bolesnej. W naszym materjale mieliśmy 3 przypadki tego schorzenia w tem 2 t. zw. *angina pectoris vera* z wzmożeniem ciśnienia krwi do 240 i 250 mm Hg w każdym napadzie, — dalej jeden przypadek t. j. wspomniany już chory z tętniakiem tętnicy głównej, gdzie w czasie pobytu chorego w klinice wystąpiły napady dusznicy bolesnej, również z każdorazowym wzrostem ciśnienia w napadzie do 180 mm Hg.

Działanie preparatu w dwu przypadkach okazało się następujące. Podanie wyciągu w napadzie przerywało napad w ciągu kilku do piętnastu minut ze spadkiem ciśnienia do wartości wyjściowej. Podawanie domięśniowe przez 17 dni dało w jednym przypadku znaczne osłabienie napadów i zmniejszenie się ich ilości. Chory miewał po dwa dni zrzędu bez napadu, gdy dawniej żadnym z osiągalnych środków pokrewnych, poza acekoliną, nie udało się nam uzyskać nawet takiej poprawy. W przypadku tym chodziło o chorego P. W. lat 51 l. p. 151, który znajduje się w leczeniu kliniki od grudnia 1930 r. z przerwą wakacyjną do chwili obecnej.

W tym czasie wyczerpano u tego chorego niemal wszystkie nam dostępne środki i sposoby leczenia włączając przykręgowe wstrzykiwania alkoholu. Z preparatów hipotensyjnych stosowano acekolinę, eutonon, angioksyl, kw. adenozynofosforowy oraz wyciąg mięśniowy. Jedynie tylko w okresie nasycenia acekoliną przez 20 dni zrzędu były napady łagodniejsze tak, że chory mógł je przetrwać siedząco a nawet leżąco oraz rzadsze co do liczby (jeden napad w 2 dniach). Również w okresie leczenia preparatem mięśniowym w dawkach po 40 jednostek 2 razy dziennie domięśniowo przez 17 dni uzyskano wynik lepszy jeszcze niż po acekolinie, ze znaczną poprawą samopoczucia (okresy bez napadu 4 dniowe po zaprzestaniu leczenia).

W przypadku drugim B. M. lat 24 l. p. 317/32, z dusznicą bolesną z napadami w czasie których ciśnienie wzrastało do 190 mm Hg, wpływ preparatu był słabszy. Wstrzyknięcie 40 j. dożyl. w napadzie przerywało napad w przeciągu kilku do kilkunastu minut, napady były mniej częste jednak dłuższych okresów beznapadowych nie udało się nam uzyskać.

W przypadku trzecim po 6 dawkach wyciągu mięśniowego napady ustąpiły zupełnie aż do końca obserwacji w klinice. Chory obecnie wykonuje pracę zawodową dorożkarza nie odczuwając żadnych dolegliwości.

Jeśli chodzi o stany duszności na tle niedomogi serca, to wpływ preparatu mięśniowego był we wszystkich przypadkach bardzo wyraźny, a duszność po wstrzyknięciu dożylnem już 40 jednostek ustępowała natychmiastowo.

Wychodząc ze spostrzeżenia, że wzmożenie ciśnienia tętniczego towarzyszy z reguły wszelkim stanom duszności a więc występuje i w dusznościach pochodzenia mechanicznego zastosowaliśmy w kilku przypadkach takiej duszności preparat mięśniowy. Wynik uzyskany już w pierwszym przypadku przeszedł nasze oczekiwanie. Chodziło o chorego z wolem złośliwym, uciskającym na tchawicę, której światło było znacznie zwężone, (do grubości małego palca). Chory P. W. lat 50, l. p. 237/32 przyjęty w stanie takiej duszności, że świst *(stridor)* był słyszalny już z odległości. Mimo stosowania narkotyków duszność nie ustępowała, chory spędzał noce bezsennie. Przy ciśnieniu 208/80 podaliśmy preparat dożylnie w ilości 100 jednostek. W 5 min. później chory, nieuprzedzony, zauważa że oddech staje się swobodniejszy. Rano ciśnienie wynosi 150/80, chory podaje, że od dłuższego czasu po raz pierwszy spał, duszności nie odczuwa zupełnie, świstów prawie nie słychać. Od tego czasu ciśnienie waha się między 150/80 rano i 170/80 wieczorem. Wobec zupełnego braku duszności nie podawaliśmy już choremu preparatu aż do końca obserwacji w klinice t. j. przez 10 dni.

W przypadku drugim M. J. lat 64 l. p. 68/32 z guzem śródpiersia i dusznością występującą napadowo podaliśmy wyciąg mięśniowy (100 jedn.) w chwili gdy duszność po naświetleniu prom. Roentgena osiągnęła wyższy jeszcze stopień. Ciśnienie w chwili wstrzyknięcia 171/74. Po 5 min. ciśnienie wynosi już tylko 128/61 duszność ustępuje, po 20 min. ciśnienie 136/64. W przypadku tym osiągaliśmy po każdorazowem podaniu preparatu ustępowanie duszności na kilka (5—6) godzin nawet w czasie intensywnych naświetlań prom. Roentgena, po których z reguły występuje, jak wiadomo, obrzęk tkanek naświetlonych z następową dusznością.

W przypadku trzecim u chorej S. M. lat 50, l. p. 116/32 z śródbłoniakiem opłucnej, prawostronnym wysiękiem dużych rozmiarów oraz przerzutami gruczołów śródpiersia i wnęki, duszność zwłaszcza w okresie narastania wysięku dochodziła do stopnia niezwykle silnego. Przez podanie każdorazowo 100 jedn. preparatu domięśniowo udawało się nam również uzyskiwać ustępowanie duszności na przeciąg nocy. W tym jednak przypadku stwierdziliśmy brak wpływu na ciśnienie krwi. Wysokość ciśnienia była tu jednakowa przed i po wstrzyknięciu wyciągu mięśniowego 115/68, 118/65.

Na pytanie, jak należałoby sobie wyobrazić mechanizm działania preparatu na duszność tego rodzaju, musimy sobie odpowiedzieć, że w obecnym stanie naszych wiadomości o tej tak zawiłej sprawie można wyrazić jedynie pewne przypuszczenie. Jeżeli przyjąć, że miejscem uchwytu farmakodynamicznego działania wyciągu mięśniowego jest włókno mięśni gładkich i tą drogą dochodzi do rozszerzenia się naczyń aż do prekapilarów włącznie, powierzchnia oddechowa płuc musi ulec znacznemu powiększeniu, stąd lepsze przewietrzanie w płucach wskutek wydatniejszego wyzyskania tlenu, małej lecz jeszcze wystarczającej pojemności oddechowej.

Niniejszy przegląd przypadków znamionujących działanie polskiego wyciągu z mięśni szkieletowych daje nam możność określenia najważniejszych wskazań do zastosowania tego preparatu przedewszystkiem przy nadciśnieniu tętniczem na tle miażdżycy tętnic oraz w tak zwanem nadciśnieniu pierwotnem bez większego uszkodzenia nerek. W przypadkach marskości nerek podawanie preparatu nawet i przez dłuższy przeciąg czasu i w dawkach kilkakrotnie zwiększonych pozostaje bez wpływu na ciśnienie. Fakt ten obok praktycznego znaczenia klinicznego jako próba wydolności nerek, której wartość potwierdzą dalsze badania — zdaje się posiadać i teoretyczną wagę. Wskazuje on bowiem na to, że w powstawaniu nadciśnienia w miażdżycy na tle pierwotnego schorzenia nerek zachodzą istotne różnice, że tu i tam odgrywają rolę czynniki zupełnie różne.

Rzecz prosta, że obok nadciśnienia w zakresie wskazań znaleźć się winny też i następstwa spraw miażdżycowych w różnych narządach, a więc nietylko w dziedzinie chorób wewnętrznych (sprawy neurologiczne, oczne).

W dziedzinie chorób wewnętrznych nasuwa się tu możliwość wpływu leczniczego wyciągu mięśniowego w przypadkach cukrzycy występującej w starszym wieku ze zmianami miażdżycowemi. Biorąc bowiem pod uwagę wpływ preparatu na warunki krążenia szczególnie w obszarze nerwu trzewnego możnaby się teoretycznie spodziewać korzystniejszych warunków w krążeniu trzustki i wątroby i tą drogą poprawy tolerancji na węglowodany tam przynajmniej, gdzie zmiany w tych narządach nie postąpiły już zbyt daleko.

W bogatem już dziś piśmiennictwie obcem dotyczącem sprawy t. zw. hormonów krążenia spotykamy się z oceną wyników działania preparatów pokrewnych i analogicznych pochodzenia zagranicznego. W krótki czas po ukazaniu się na rynku preparatów hipotensyjnych rozpoczęto zwłaszcza w Niemczech liczne próby stosowania tych preparatów na obfitym materjale chorych. Już jednak pierwsze ogłoszone spostrzeżenia kliniczne były tak biegunowo różniące się w ocenie działania tych wyciągów, że budzić się musiała nawet wątpliwość w rzeczywistą wartość przynajmniej co do niektórych z pośród nich. Ten wzgląd, jak również i obfitość preparatów, które o tak różnem pochodzeniu, niemal równocześnie pojawiły się na rynku, skłoniły v. den Veldena do rozpisania umyślnej ankiety w sprawie leczenia zapomocą t. zw. hormonów krążenia. Wyniki tej ankiety, w której wzięli udział najwybitniejsi klinicyści niemieccy w stosunku do poszczególnych preparatów przedstawiają się naogół raczej ujemnie. Kalikreina wzgl. padutyna według Edensa, Magnusa-Alslebena, Steppa, Porgesa — Külbsa i Westphala działa bardzo słabo lub wcale nie, a nie brak nawet głosów o nieprzyjemnych objawach ubocznych po jej zastosowaniu.

Lakarnol zdaniem Morawitza, Schottmüllera, Edensa, Porgesa i innych również nie pozbawiony jest niepożądanych działań ubocznych, jak niemiłe uczucia gorąca lub zimna, a nawet objawy wstrząsu. Przy nadciśnieniu, zdaniem większości autorów niema wyraźniejszego trwałego wpływu. Jedynie w leczeniu dusznicy bolesnej dawać ma wyniki naogół zadowalające.

Eutonon Zuelzera ma obok zwolenników wybitniejszych jeszcze przeciwników, którzy jak Grafe odmawiają mu wogóle znaczenia w leczeniu stanów nadciśnienia.

Angioksyl, jeśli chodzi o działanie w *endarteriitis obliterans*, chwalony przez Bodego z Londynu, a u nas przez Feliksa

i T o c h o w i c z a, w działaniu swem na nadciśnienie tętnicze jest słaby, w przypadkach zaś, gdzie spotykamy się z obniżeniem ciśnienia krwi jest ono bardzo krótkotrwałe.

Doświadczenia własne nad działaniem niektórych z pośród tych preparatów a to myostonu, padutyny, lakarnolu, angjoksylu oraz kw. adenozynofosforowego i acekoliny dają nam dziś przy oparciu się o piśmiennictwo obce podstawę do stwierdzenia, że w porównaniu do polskiego wyciągu z mięśni szkieletowych żaden ze wspomnianych tu środków nie dał nam wyników tak stałych i długotrwałych przy równoczesnym braku jakichkolwiek działań ubocznych tam, gdzie chodziło o wpływ na nadciśnienie tętnicze. Nadmienić przytem należy, że u nielicznych autorów niemieckich zajmujących się tą stroną działania hormonów krążenia nie spotykamy się nigdzie z metodycznem ujęciem doświadczeń, jeśli chodzi o czas i trwanie wahań ciśnienia u zdrowych i chorych.

Jak rozmaicie wypada w piśmiennictwie ocena omawianych tu wyciągów tak też i co do istoty substancyj czynnych i sposobu ich działania, zdania są bardzo podzielone. Zdaniem R i e g l e r a ciałem, któremu należy przypisać efekty doświadczeń H a b e r l a n d t a oraz działania wyciągów wogóle, jest histamina. Z w a a r d e m a k e r widzi w histaminie i w witaminie B. ciała tu działające. R o t h m a n n i H o r s t e r s a też J u n g m a n n stwierdzili w niektórych preparatach obecność kwasu adenozynofosforowego i przypisują adenozynie całość zjawisk obserwowanych w doświadczeniach nad temi wyciągami. Jeszcze dalej posuwa się S c h m i d t z Pragi, który rozwijając swój pogląd na istotę dusznicy bolesnej jako na stan alergji nerwów naczynioruchowych widzi w kardjo-aortalnym splocie nerwowym ośrodek całej sprawy, zaś wyniki uzyskiwane preparatami wyciągowemi odnosi wprost do działania proteinoterapji. P a l wreszcie rozwija przypuszczenie, że ciałami działającemi są aminy białkopochodne, których rozróżnia dwa szeregi: histydynowo-histaminowy oraz lecytyno-cholinowy. Najbardziej może interesujący jest sposób ujęcia sprawy przez L a n g e g o. Wyciągi wodne i alkoholowe wielu narządów i bez względu na rodzaj zwierzęcia, od którego pochodzą, wywierają działanie rozszerzające naczynia i obniżające ciśnienie krwi. W nieoczyszczonym soku wyciśniętym z narządów można to działanie przypisać ciałom znanym, zawartym w narządach, względnie powstałym przy przeróbce tychże. Do takich substancyj należy histamina, adenozyna względnie kw. adenylowy, cholina i acetylcholina. Skoro jednak i po usunięciu tych substancyj mamy jeszcze zachowane wyraźne działanie hipotensyjne pozostałej reszty, należy przypuścić, że pozostaje tam jeszcze ciało nam nieznane narazie, silnie czynne a zarazem odporne wobec wielu czynników zewnętrznych. Dalsze doświadczenia wykonane przez L a n g e g o doprowadziły go do wniosku, że siła działania wyciągów z narządów jest wprost proporcjonalna do ilości małych naczyń krwionośnych czyli do obfitości ukrwienia danego narządu, przyczem wyciągi z krwi samej własności tych nie posiadają. Substancja ta posiada własności rozszerzające naczynia i hipotensyjne, a działanie jej jest krótkotrwałe po zastosowaniu jednorazowem, natomiast jest długotrwałe po dawkach małych lecz częstych. Działanie to nie wyczerpuje się i po wielokrotnem zastosowaniu. W porównaniu ze znanemi ciałami hipotensyjnemi jak histamina, cholina, kw. adenozynofosforowy, dalej z preparatami hipotensyjnemi jak padutyna, kalikreina, eutonon, myoston, lakarnol substancja ta działa odmiennie, a tam, gdzie jej działanie jest podobne, to jednak jest zarazem znacznie silniejsze. Substancja otrzymana przez L a n g e g o posiada cechy (w działaniu) niemal identyczne z omawianym tu polskim preparatem mięśniowym. W związku jednak z wnioskami ogólnemi L a n g e g o wydaje nam się rzeczą ważną zwrócenie uwagi na to, że według naszych doświadczeń wyciągi z narządów zawierających najwięcej może małych naczyń krwionośnych zachowują się w stosunku do ciśnienia krwi wręcz odmiennie. Oto wyciągi z płuc i z nerek, które mieliśmy sposobność wypróbować dają skutki zupełnie różne, niż w doświadczeniach L a n g e g o. I tak wyciąg z nerek na ciśnienie krwi nie wpływa wcale, podczas gdy wyciąg z płuca wyraźnie podwyższa ciśnienie. Łączenie zatem podłoża substancji, o którą tu chodzi z ilością małych naczyń krwionośnych wydaje się nam nie do przyjęcia. Z drugiej strony nasuwa się tu przypuszczenie, że sama metoda wydobywania ciał czynnych z narządów odgrywa tu bardzo wielką rolę, a tem samem tłumaczy sprzeczności w wynikach doświadczeń różnych autorów.

Tak więc sprawa t. zw. hormonów krążenia do chwili obecnej podlega jeszcze żywej dyskusji. Obok zwolenników teorji H a b e r l a n d t a, że mamy tu do czynienia z rzeczywistym hormonem, a dyskusji podlegać może tylko sprawa podłoża anatomicznego tego hormonu, — staje szereg przeciwników, do których zalicza się większość badaczy.

Jeśli chodzi jeszcze o kwestję kwasu adenozynofosforowego, to zasługują na uwagę następujące fakty. W padutynie znalazł J u n g m a n n 12 mg kwasu adenozynofosforowego w jednej ampułce, według innych znów lakarnol ma być właściwie niemal roztworem czystego kw. adenozynofosforowego. Podobnież duże ilości tej substancji znaleziono w myostonie. Jeśli tedy wszystkie te preparaty różne posiadają pochodzenie, różne sposoby otrzymywania i różne właściwości działania, to eutonon, któremu nie odmawia się wcale działania przy dusznicy bolesnej conajmniej tak wyraźnego jak i tamtym preparatom — nie zawiera nawet śladów kwasu adenozynofosforowego. H a b e r l a n d t zwraca uwagę na to, że kw. adenylowy daje u człowieka zwolnienie tętna oraz zjawiska bloku sercowego, czego nie spostrzegano w stosunku do wyciągu z mięśnia sercowego. Wobec tego, że żaden z wyciągów tych nie stanowi roztworu czystej substancji hipotensyjnej, lecz zawierają one jeszcze szereg ciał o działaniu przypuszczalnie podobnem lub wspomagającem, trudno jest pogodzić się z poglądem przypisującym adenozynie czy też jej pochodnym całość zjawisk tu omawianych. Jeśli zaś chodzi o kwestję hormonu, to musimy narazie pogodzić się ze zdaniem A b d e r h a l d e n a, który mówi, że tak mało jeszcze wiemy o istocie hormonów, że jeszcze nie można się definitywnie w tym kierunku wypowiedzieć.

Powracając do charakterystyki ogólnej wyciągu z mięśni szkieletowych, którego działanie było przedmiotem naszych doświadczeń musimy podkreślić, że nie zawiera on ani histaminy ani też peptonu, w doświadczeniu na zwierzęciu i u człowieka zachowuje się odmiennie od kw. adenozynofosforowego. Działanie tego wyciągu na ciśnienie krwi posiada cechy wpływu wybitnie regulującego. Przy ciśnieniu nadmiernie niskiem otrzymujemy wzrost do poziomu prawidłowego. Z chwilą obniżenia ciśnienia nadmiernie wysokiego do poziomu prawidłowego, największemi nawet dawkami nie można uzyskać dalszego już obniżenia poniżej tego poziomu. Dłuższe zatem podawanie tego wyciągu w przyp. niedomogi mięśnia sercowego wespół z lekami nasercowemi pozostaje już później bez wpływu na ciśnienie. W tej właściwości preparatu należy upatrywać dużą zaletę kliniczną, przyczem zaznacza się ogólnie tonizujący wpływ na ustrój chorego. Powyższe właściwości wyciągu z mięśni szkieletowych nasuwają nam myśl, że mamy tu jednak do czynienia z substancją działającą na podobieństwo hormonu.

Stwierdzona u zwierzęcia własność zwiększania amplitudy skurczów serca skłoniła nas do zastosowania preparatu w leczeniu konsolidującem ze środkami nasercowemi a więc z lekami grupy naparstnicy i strofantus. Dotychczasowe nasze doświadczenia w stosowaniu wyciągu łącznie ze strofantyną, *ouabain'ą*, *Scillaren'em* i *Convallamarin'ą* w ciężkich przypadkach niedomogi mięśnia sercowego pozwalają na stwierdzenie, że wyniki zdają się być zachęcające do dalszych prób klinicznych. W przypadkach uszkodzenia mięśnia sercowego, gdzie wynik długotrwałego podawania strofantyny i *ouabain'y* dożylnie zdawał się już wskazywać na wyczerpanie się działania tych leków, podanie ich łącznie z wyciągiem mięśniowym dało natychmiastowe niemal bo w kilka minut występujące ustąpienie duszności, zwolnienie tętna o 10 uderzeń na min., a dalszych kilka wstrzyknięć wybitną poprawę stanu ogólnego. Natomiast, jak dotąd, nie udało nam się stwierdzić wyraźnej regularyzacji rytmu serca w *arythmia perpetua* ani też zmian w krzywej elektrokardjograficznej. W ostatnich czasach otrzymaliśmy nową serję preparatu pochodzącą z mięśnia sercowego młodych zwierząt. Analogiczne doświadczenia kliniczne upoważniają nas już teraz do twierdzenia, że działanie tego preparatu conajmniej równa się działaniu wyciągu z mięśni szkieletowych.

W n i o s k i.

Preparat wyciągowy z mięśni szkieletowych: obniża ciśnienie krwi nieprawidłowo zwiększone, podwyższa ciśnienie krwi nieprawidłowo niskie, posiada zatem działanie regulujące na ciśnienie tętnicze.

Działanie to wyraża się wahaniami ciśnienia skurczowego, przyczem ciśnienie rozkurczowe nie wykazuje odchyleń ściśle równoległych i stałych.

Wskazania do stosowania preparatu:

Wszelkie stany nadciśnienia tętniczego bez uszkodzenia nerek, a szczególnie na tle miażdżycy oraz na tle swoistem.

Następstwa nadciśnienia tętniczego w różnych narządach.

Stany niedomogi mięśnia sercowego wspólnie z lekami nasercowemi.

Stany dusznicowe: dusznica bolesna oraz na tle niedomogi serca, a również duszności z przyczyn mechanicznych.

Przeciwwskazań do stosowania wyciągu mięśniowego niema.

Piśmiennictwo:

1) Bier, Fahler, Gehrke, Luethens, Zimmer: Münch. M. Woch. 1929. str. 1027. — 2) Binswanger: Deutsch. Med. Woch. 1931, str. 1057. — 3) B. Buchholz: Deutsch. Med. Woch. 1931. str. 188. — 4) Brugsch, Horsters, Rothmann: Med. Klin. 1931, str. 1378. — 5) J. Demoor: ref. Kongr. Ztbltt. t. 38, str. 388. — 6) Fahrenkamp: Med. Klin. 1930. Schneider. — 7) Tenże: Med. Klin. 1930. str. 48. — 8) Tenże: Med. Klin. 1927. — 9) J. Felix i L. Tochowicz: Polsk. Arch. Med. 1931. t. IX. — 10) K. Felix i A. v. Putzer-Reyberg: Arch. f. Exp. Path. u. Ther. 1932, str. 402. — 11) I. Fischer, E. E. Müller, G. Zuelzer: Med. Klin. 1928. str. 560. — 12) Frey: Münch. M. Woch. 1929. str. 1951. — 13) E. K. Frey i H. Kraut: Münch. M. Woch. 1928. str. 763. — 14) P. Görl: Münch. M. Woch.1930. str. 1514. — 15) L. Haberlandt: Med. Klin. 1931. str. 1240. — 16) Tenże: Med. Klin. 1930. str. 313. — 17) Tenże: Med. Klin. 1931. str. 380. — 18) Tenże: Münch. Med. Woch. 1929. str. 1079. — 19) Tenże: Med. Klin. 1929. str. 329. — 20) Tenże: Münch. M. Woch. 1931. str. 1390 .— 21) Tenże: Münch. M. Woch. 1931. str. 997. — 22) Tenże: Med. Klin. 1929. str. 548. — 23) F. Hildebrand, Mügge: Klin. Woch. 1931. str. 1131. — 24) Korach: Münch. M. Woch. 1931. str. 473. — 25) F. Lange: Arch. f. Exp. Path. u. Pharm. 1932. str. 417. — 26) H. Mezger: Münch. M. Woch. str. 2219. — 27) J. Pal: Deutsch. M. Woch. 1931. str. 101. — 28) N. Poczka: Deutsch. M. Woch. 1931. str. 756 — 29) R. Riegler: Med. Klin. 1928. str. 558. — 30) H. Rosin: Deutsch. M. Woch. 1928. str. 1130. — 31) C. J. Rothberger: Med. Klin. 1931. str. 1493. — 32) E. Rubensohn: Med. Klin. 1930. str. 1477. — 33) Scharpff: Deutsch. M. Woch. 1931. — 34) R. Schmidt: Münch. M. Woch. 1930. str. 1435. — 35) Tenże: Münch. M. Woch. 1930. str. 440. — 36) M. S. Schwarzmann: Münch. M. Woch. 1930. str. 758. — 37) J. S. Schwarzmann: Münch. M. Woch. 1931. str. 750. — 38) Tenże: Münch. M. Woch. 1930. str. 2224. — 39) Tenże: Münch. M. Woch. 1930. str. 439. — 40) Tenże: Münch. M. Woch. 1930. str. 1329. — 41) Tenże: Münch. M. Woch. 1929. str. 1798. — 42) Tiemann: Münch. M. Woch. 1931. str. 475. — 43) v. d. Velden R.: Deutsch. M. Woch. 1931. str. 619, 672, 712, 753. — 44) G. Zuelzer: Deutsch. M. Woch. 1930. str. 760. — 45) Tenże: Deutsch. M. Woch. 1931. str. 1032. — 46) Tenże: Deutsch. M. Woch. 1928. str. 1771. — 47) Tenże: Med. Klin. 1928. str. 555. — 48) Tenże. Med. Klin. 1927. str. 1450. — 49) Tenże: Med. Klin. 1930. str. 691. — 50) Zwaardemaker: Med. Klin 1928. Nr. 15.

Dr. Kazimierz TYSZKA. Lwów.

Wpływ hamujący wyciągów z serca na wydzielanie potu u gruźlików.

Oddział wewnętrzny II. Sanatorjum Kasy Chorych we Lwowie.
Prymarjusz: Dr. K. Tyszka.

Dadlez i Koskowski wykazali na gołębiach i psach ze stałą lub jelitową przetoką żołądkową działanie hamujące wyciągów z mięśni szkieletowych i z serca cielat na wydzielanie soku żołądkowego i jelitowego, nawet po poprzedniem wstrzyknięciu histaminy.

Wyciągi z serc cielęcych, przygotowane według metody Dadleza i Koskowskiego, przedstawiają się w postaci przeźroczystego żółtawego płynu, wolne są od ciał białkowych i lipoidowych, nie zawierają też peptonu i histaminy. Wyciągi te mogą być stosowane w ilości 1 lub 2 cm³ dożylnie lub domięśniowo, nie dają żadnych zupełnie działań ubocznych, szkodliwych dla zdrowia, działają natomiast wybitnie hipotensyjnie (Dadlez i Koskowski, Goertz). W badaniach naszych chodziło nam jednak o inną właściwość wyciągów, mianowicie o wpływ ich na działalność gruczołów potowych. Opieraliśmy się tutaj na analogji działania, jakie posiadają te wyciągi na wydzielanie soku żołądkowego i jelitowego. Wobec wpływu, jaki posiadają te wyciągi na powyższe wydzielanie, a który jest prawdopodobnie wynikiem bezpośredniego działania wyciągu na komórki wydzielnicze, sądziliśmy, że również przy wzmożonem wydzielaniu potu otrzymamy podobny wynik działania.

Przed podaniem otrzymanych wyników naszych badań omówię w krótkości fizjologję i patologję wydzielania gruczołów potowych.

Te ostatnie u człowieka rozmieszczone są nierównomiernie w tkance podskórnej dłoni, stopy, pachy, pachwiny, czoła, piersi.

Ogólne wzmożenie pocenia się jest przejawem ogólnego chemicznego lub psychicznego podrażnienia układu współczulnego, zaś obniżenie pocenia się jest jego objawem porażennym.

Miejscowe wzmożenie lub obniżenie pocenia się zależy od podrażnienia lub porażenia torów, ośrodków i nerwów wydzielniczo-potowych.

Pocenie się następuje wskutek podniesienia się temperatury zewnętrznej lub wewnętrznej ustroju. Gdy temperatura zewnętrzna podnosi się i zbliża się do temperatury ciała (35—40°), wtedy pocenie się, stanowiące poniekąd mechanizm ochronny, jest konsekwencją odruchu, wywołanego z obwodu przez gorąco i przekazanego przez układ nerwowy na gruczoły potowe.

W drugim wypadku — podniesienia się temperatury wewnętrznej — czyto przez energiczną pracę mięśniową, czy też przez inspiracje powietrza gorącego, wprowadzenie pokarmu lub napojów bardzo gorących wzgl. środków hipertermicznych następuje podrażnienie ośrodków potowych przez krew przegrzaną. Również przy podrażnieniu ośrodków potowych przez jady, jak pilokarpina i muskaryna [1]) lub toksyny bakteryjne następuje obfite pocenie się. Oprócz tego na wydzielanie potu wpływa również stan atmosferyczny, suchość powietrza, zawartość wody we krwi, stan samych gruczołów, jak również i najrozmaitsze bodźce psychiczne.

Cała okolica rdzeniowa, skąd wychodzą nerwy potowe, może być uważana za ośrodek potny. Dokładna topografja tych ośrodków została ustalona przez André-Thomas'a.

Ośrodki potne poszczególne znajdują się w rogach bocznych rdzenia kręgowego od piersiowego I do lędźwiowego II. Stąd wychodzą wypustki przez gałęzie zespalające *(rr. communicantes)* i pasma współczulne do zwojów kręgowych, skąd biegną do odpowiednich dermatomów przez nerwy ruchowe obwodowe (idąc drogą odpowiednich nerwów naczyniowych).

Stosownie do znacznej liczby obserwacyj istnieją oddzielne ośrodki potne dla głowy, szyi, dla górnej części klatki piersiowej do 3-go żebra (unerwionej przez dolne ramiona splotu szyjnego), — od dolnej granicy segmentu szyjnego VIII do segmentu piersiowego III. Prawdopodobnie te ośrodki sięgają i nieco niżej do IV, a może być i do V segmentu. Ośrodki potne dla kończyn górnych znajdują się w segmentach piersiowych V, VI i VII. Ośrodki dla kończyn dolnych znajdują się w 2 ostatnich piersiowych i w 2 pierwszych lędźwiowych kręgach.

W dużych jądrach mózgu są ośrodki wyższe, które są prawdopodobnie zależne od ośrodków korowych. Ośrodki wyższe łączą się z niższemi za pośrednictwem torów zstępujących; w opuszce mózgu tory te przerywają się, kończąc się specjalnym ośrodkiem, z którego idą włókna do rdzenia kręgowego.

Co się tyczy unerwienia, to Vulpian sądził, że gruczoły potne są pod działaniem 2 rodzajów włókien nerwowych: podrażniających i hamujących. Te ostatnie przebiegają według tego autora w nerwach sympatycznych, podrażniające zaś w rdzeniowych i opuszkowych.

Ott i Arloing przyjmują też działania hamujące nerwów sympatycznych na wydzielanie potu.

Billigheimer opierając się na hamującem działaniu adrenaliny na wydzielanie potu patologicznego, jak również na tem, że adrenalina opóźnia działanie napotne pilokarpiny sądzi, że wydzielanie potu, jest wywołane przez czynnik sympatykotropowy lub wagotropowy i że gruczoły potne mają podwójną inerwację dla wydzielania potu lecz dla zahamowania wydzielania istnieje tylko jeden rodzaj włókien.

Müller przypuszcza, że gruczoły potne posiadają oprócz włókien sympatycznych również i parasympatyczne, pobudzające czynność wydzielniczą potu, powodując jednak wydzielanie potu jakościowo odrębnego od zwykłego (t. zw. pot zimny).

Danielopolu podnosi, że adrenalina podana dożylnie w bardzo małych dawkach drażni nerwy parasympatyczne, gdy tymczasem duże dawki drażnią nerwy współczulne.

Należy zaznaczyć w tem miejscu, że adrenalina np. u koni daje obfite wydzielanie potu, coby świadczyło o pobudzeniu przez nią również włókien wydzielniczych.

Z powyższych rozważań wynika, że poty zwykłe są sympatykotoniczne, poty zaś zimne są wagotoniczne. Fakty powyższe wskazują, że ośrodki potne są anatomicznie ortosympatycznemi, podczas gdy farmakodynamicznie reagują w sposób jak parasympatyczne. Gdy potom współtowarzyszy odruch rozszerzający naczynia, to poty takie są analogiczne do potów fizjologicznych, zależnych od podrażnienia nerwu sympatycznego. Przeciwnie, gdy

---

[1]) Działają one przedewszystkiem obwodowo na zakończenia nn. wydzielniczych w gruczołach.

im współtowarzyszy odruch zwężający naczynia, to mamy do czynienia z potami zimnemi, których mechanizm zależy od podrażnienia nerwu błędnego. Wzmożone wydzielanie potu, występujące bez współistnienia rozszerzenia naczyń, wskazuje na niezależność nerwów wydzielniczych od naczynioruchowych.

W gruźlicy płuc mamy zbyt często do czynienia z nadmiernemi potami, dla chorego bardzo przykremi i znacznie go wyniszczającemi. Poty te występują niekiedy już w pierwszych okresach gruźlicy, bardzo często zaś w końcowych jej stadjach. Przy badaniu układu wegetatywnego u chorych gruźliczych można ustalić u części z nich wzmożoną pobudliwość układu sympatycznego, u innych znowu wagotonicznego; w niektórych zaś wypadkach mamy do czynienia z amfotonją t. j. ze wzmożoną pobudliwością obu systemów, co widocznie stoi w łączności z konstytucją chorych i pozostaje zapewne w związku z ilościowym i jakościowym stosunkiem współpracy gruczołów dokrewnych. Według S. Sterlinga stosunek gruźlicy do układu wegetatywnego jest dwojaki: po pierwsze, czysto miejscowy, wyrażający się w objawach podrażnienia lub porażenia z powodu bezpośredniego wpływu anatomicznych zmian gruźliczych na jakąś gałązkę nerwu sympatycznego lub błędnego; powtóre, wpływ pośredni przez toksyny, działające na nerwy wegetatywne.

W pierwszym okresie choroby — w zespole obronnym — mamy nadczynność nadnercza i układu sympatycznego, odpowiadającą większemu napięciu nerwu sympatycznego; później, gdy stan chorego się pogarsza, gdy mamy do czynienia z naciekami lub owrzodzeniami, chorzy ci dają odczyn wagotoniczny.

Suchoty płuc z przewagą zmian włóknistych dają znów odczyn sympatykotoniczny lub amfotoniczny.

Ta różnorodność odczynu wegetatywnego u chorych gruźliczych w różnych okresach ich choroby dała powód niektórym autorom (Schut) do sądzenia, że do suchot skłonni są jedynie wagotonicy.

U całego szeregu chorych ze zmianami gruźliczemi zastosowaliśmy wyciągi z serca cieląt, otrzymane z zakładu Farmakologji doświadczalnej U. J. K. we Lwowie. U chorych tych, u których nadmierne pocenie się nie dało powstrzymać się zwykłemi środkami, zastosowaliśmy wyciągi powyższe i otrzymaliśmy wyniki nadzwyczaj korzystne. Wstrzykiwaliśmy wyciągi na 1—2 godz. przed spodziewanemi potami przeważnie dożylnie. Wyniki otrzymane były daleko korzystniejsze, niż przy stosowaniu innych środków przeciwpotnych, jak atropina lub acekolina. Przedewszystkiem działanie tych wyciągów jest znacznie lepsze, gdyż, jak sami niektórzy inteligentniejsi chorzy zaobserwowali, o ile po atropinie zmniejszały się im poty o 60—75%, to po wstrzyknięciu wyciągu z serca zmniejszenie potów wynosiło 90 i 95%.

Należy następnie podkreślić brak objawów ubocznych, występujących po atropinie (nieprzyjemne wrażenie wysychania błon śluzowych) lub też przy acekolinie (tępe bóle głowy, osłabienie, ewentualny niekorzystny wpływ zwężający na naczynia wieńcowe serca). Oprócz tego wyciągi te nie powodują przyzwyczajenia, ani też — co należy podkreślić — nie są zupełnie toksyczne.

Reasumując, musimy stwierdzić, iż wyciągi z mięśni szkieletowych i serca Dadleza i Koskowskiego są bardzo dobremi środkami hamującemi nadmierne poty u chorych z gruźlicą płuc. Wyciągi płucne działania tego nie posiadają zupełnie, podobnie jak według powyższych autorów nie posiadały one wpływu na wydzielanie soku żołądkowego i jelitowego u zwierząt.

Co do mechanizmu działania należy przyjąć, jak to już poprzednio mówiliśmy przez analogję działania tych wyciągów na komórkę wydzielniczą żołądka i jelit, iż istnieje tutaj bezpośrednia blokada komórek wydzielniczych. Oprócz tej blokady komórek wydzielniczych wyciągi mają jeszcze tę jedną dobrą stronę przed innemi środkami, że poprawiając czynność serca i krążenia wogóle znoszą lub zmniejszają objawy duszności, od których w pewnym stopniu może zależeć ich wpływ na mechanizm wydzielania.

Piśmiennictwo:

1) André-Thomas: Revue neurologique, 1926. Tom I. Nr. 6. — 2) S. Sterling: Pol. Arch. Med. Wew. T. IV. z. 3. 1926. — 3) Laignel-Lavastine: Pathologie du Sympathique. — 4) Müller: Die Lebensnerwen. 1924. — 5) Daniélopolu: Pr. med. 1925. Nr. 40. — 6) J. Dadlez i W. Koskowski: C. R. Soc. de Biol. T. CIX. p. 1028. 1932. — 7) J. Goertz: Pol. Gaz. Lek. Nr. 27. 1932. — 8) Billigheimer: Arch. p. Exp. Path. u. Pharmak. 1920. z. 3 i 4.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Włodzimierz GODŁOWSKI. Kraków.

Z kazuistyki półpaśca.

Z Kliniki neurologiczno-psychjatrycznej U. J. w Krakowie.

Zagadnienie udziału układu nerwowego w dojściu do skutku objawów półpaśca, jakkolwiek roztrząsane od 2 wieków dotychczas nie jest rozwiązane. Od czasów Baerensprunga badania anatomiczne dostarczają coraz nowych dowodów zajęcia półpaścem układu nerwowego. Badania nad *ectodermoses neurotropes* dostarczyły całego szeregu faktów dla zrozumienia równoczesności zmian w skórze i układzie nerwowym. Zależność jednak zmian jednych od drugich nadal pozostaje zagadką i najrozmaiciej bywa przez badaczy tłumaczona.

Poniżej opisuję przypadek, który może mieć pewne znaczenie dla powyższego zagadnienia i przedstawia poza tem szereg ciekawych szczegółów z kliniki półpaśca.

S. D., lat 52, w 3 r. ż. przechodził ospę wietrzną, w 28 r. ż. błonicę, przed rokiem zapalenie opłucnej. *Luem negat.*

Przed 8 laty zauważył powiększenie gruczołów chłonnych w pachwinach. Przed 4-ma laty zjawiło się osłabienie i ból w podżebrzu prawem. Później wystąpiło powiększenie gruczołów szyjnych, od czasu do czasu biegunki i ciepłoty do 37,5. 2. II. 1931 r. przyjęty do Kliniki chorób wewnętrznych U. J., gdzie stwierdzono: powiększenie gruczołów chłonnych podszczękowych, szyjnych, pachowych i pachwinowych, wątrobę sięgającą 1 cm poniżej łuku żebrowego, gładką, tkliwą, śledzionę 4 cm poniżej lewego łużu żebrowego. W krwi ciałek czerwonych 4.520 tys., hemoglobiny 85%, wskaźnik 0,9, ciałek białych 344 tys., w tem limfocytów 95%, kwasochłonnych 1%, obojętnochłonnych 3%, limfoblastów 1%. Rozpoznano białaczkę limfatyczną i zastosowano *Sol. Fowleri* 4—6 kropli 3 razy dziennie aż do 25. II. 1931 r. Ówczesne badanie krwi wykazało: ciałek białych 176 tys., limfocytów 95%, obojętnochłonnych 4%, limfoblastów 1%. Od 25. II. 1931 zastosowano naświetlanie śledziony i gruczołów promieniami Roentgena. Naświetlania powtarzano do 26. III. 1931. Przy opuszczaniu Kliniki 1. IV. 1931 podmiotowo znaczna poprawa, ciepłota prawidłowa, w krwi ciałek czerwonych 5.288 tys., wskaźnik 0,9, ciałek białych 44.300, limfocytów 85%, obojętnochłonnych 8%, limfoblastów 3,5%, jednojądrzastych 2%, zasadochłonnych 0,5%.

Po opuszczeniu Kliniki czuł się zupełnie dobrze aż do 24. IV. 1931 r. Zauważył wówczas nagłe powiększenie gruczołów pachwinowych po stronie lewej, równocześnie wystąpił ból i swędzenie na pośladku lewym i na tylnej powierzchni uda lewego. 27. IV. 31 zjawiły się na skórze zewnętrznej części pośladka pęcherzyki, ból coraz bardziej się wzmagał. Ciepłota podniosła się do 37,6. Codziennie zjawiały się nowe pęcherzyki na tylnej powierzchni uda lewego.

Gdy chory po raz pierwszy zgłosił się 8. V. 31 do przychodni Kliniki neurologicznej U. J., stwierdzono: na pośladku lewym w połowie odległości między guzem siedzeniowym a krętarzem tuż ponad fałdem pośladkowym na mocno zaczerwienionej podstawie grupę owrzodzeń o wielkości 2—5 groszówki, zlewających się z sobą, pokrytych czarno-krwawym strupem. Poniżej na tylnej powierzchni uda nieco bardziej nazewnątrz podobne okrągłe większe i mniejsze owrzodzenia krwotoczno-martwicze w liczbie 8. Gruczoły pachwinowe po lewej wielkości jaja gołębiego, pozrastane, z trudem przesuwalne na podstawie, bolesne, od nich biegły po zewnętrznej stronie biodra różowawe smugi. Gruczoły w pachwinie prawej znacznie mniejsze, niebolesne. Na skórze klatki piersiowej na wysokości 6—8 międzyżebrza obustronnie około 10-ciu rozsianych wykwitów w postaci grudek i guzków czerwonych ze strupkiem na szczycie. Podobne wykwity na czole i na szczycie głowy obustronnie też w liczbie około 10-ciu. Układ nerwowy: źrenice równe, krągłe, odruchy zachowane. W nerwach czaszki z wyjątkiem lekkiej hiperalgezji o nieścisłych granicach na czole po stronie lewej stosunki prawidłowe. W kończynach ruchy wszystkie zachowane, odruchy ścięgniste i okostnowe żywe, równe, odruchy brzuszne żywe, równe. Czucie: poza nieznaczną przeczulicą w bezpośredniem otoczeniu grupy wykwitów na pośladku bez zmian. Chory skarżył się na gwałtowne bóle głębokie w pośladku, promieniujące wdół oraz na powierzchowne pieczenie i swędzenie na pośladku i tylnej powierzchni uda lewego. Poza tem swędzenie skóry czoła i głowy owłosionej. Zauważył, że od kilku dni oddaje mniej moczu i ostatnie krople moczu są krwawe.

10. V. Zjawiło się kilka nowych pęcherzyków na tylnej powierzchni uda tak, że obecnie wykwity sięgały od dołu podkolanowego z jednej aż do szpary odbytu *rima ani* z drugiej strony. Bóle stały się jeszcze gwałtowniejsze.

15. V. Nowych wykwitów na kończynie dolnej brak, natomiast kilka guzków czerwonych z drobnym ubytkiem pokrytym strupem na ramieniu prawem. Podmiotowo noga lewa słabsza, przedmiotowo w ruchach i odruchach różnic brak. Czucie jak poprzednio. Bóle jeszcze przybrały na sile. Ciepłota 37,2°.

19. V. Przyjęty do Kliniki neurologicznej U. J. Badanie wykazało: wzrost wysoki, odżywienie liche, cera blada. Narządy wewnętrzne i gruczoły chłonne jak poprzednio.

Na pośladku lewym tuż ponad fałdem pośladkowym w połowie odległości między guzem siedzeniowym a krętarzem skóra zaczerwieniona na przestrzeni około 6 cm², o nierównych obrysach z dość głębokiemi okrągławemi, zlewającemi się owrzodzeniami pokrytemi czarnemi strupami. Nazewnątrz od tej wyspy tuż przy szparze odbytu podobna grupa owrzodzeń znacznie jednak mniejszych, mniej głębokich i nie zlewających się. Na tylnej powierzchni uda lewego 12 podobnych wykwitów pojedyńczych, jest ich więcej na zewnętrznej stronie i tu są większe niż na wewnętrznej, gdzie są tylko 3 małe owrzodzenia. Najbardziej wdół sięga owrzodzenie znajdujące się w dole podkolanowym. Na tułowiu w linji pachowej środkowej po stronie lewej na wysokości 6 i 7 międzyżebrza 5 małych wykwitów z malutką martwicą w środku. W symetrycznem miejscu po stronie prawej podobny guzek, jak również w okolicy łopatkowej lewej. Zprzodu w 6 i 7 międzyżebrzu lewem kilka zaczerwienionych miejsc po wykwitach, z których strupek odpadł. Na czole ponad okiem lewem 3 małe guzki zaczerwienione ze strupkiem, podobnych 6 wykwitów na skórze owłosionej w głowie.

Układ nerwowy: w pierwszej gałęzi n. V. po lewej lekkie upośledzenie czucia bólu i dotyku. Inne nerwy czaszki bez zmian — w kończynach górnych ruchy czynne, bierne, napięcie prawidłowe. Odruchy ścięgniste i okostnowe żywe, równe, zaburzeń czucia brak. Odruchy brzuszne miernie żywe, równe, podobnie i jądrowe. W kończynach dolnych napięcie mięśni obustronnie prawidłowe, ruchy wszystkie zachowane, ale męczy się szybciej noga lewa. Odruch rzepkowy i stopowy po lewej zniesiony, po prawej żywy. Odruch podeszwowy po lewej 0. Odruchów patologicznych brak. Czucie głębokie bez zmian. Przy próbie piętowo-kolanowej lekka niepewność w nodze lewej. Czucie powierzchowne wszystkich rodzajów nieco upośledzone na całej kończynie dolnej lewej. Zaburzenie to obejmuje lewą stronę tułowia aż do łuku żebrowego. Granica górna nie jest zupełnie ostra. Bolesność uciskowa łydki i dołu podkolanowego lewego, bolesność uciskowa w pachwinie lewej. Lassegue, Nerié 0. Badanie cytologiczne krwi wykazało: ciałek czerwonych 4.070 tys. hemoglobiny 75%, wskaźnik 0,9, ciałek białych 54 tys. w tem limfocytów małych i dużych 92%, obojętnochłonnych 7%, kwasochłonnych 1%.

Ciepłota 36,5°, skarży się na bardzo silne bóle powierzchowne i głębokie w udzie i pośladku.

22. V. Wykwity coraz bardziej zasychają, zaczerwienienie dokoła nich zmniejsza się, bóle w kończynie dolnej lewej bez zmian. Prócz tego bóle z pieczeniem i swędzeniem w lewej połowie klatki piersiowej na wysokości 6 i 7 żebra. Nogę lewą odczuwa jako ścierpniętą, to uczucie obejmuje też lewą połowę części płciowych.

Chory prócz środków przeciwbólowych otrzymuje naświetlania lampą kwarcową w okolicy wykwitów na nodze lewej.

24. V. Brak obustronnie odruchów brzusznych i jądrowych. Nakłucie lędźwiowe w pozycji siedzącej: ciśnienie 35 mm Hg $10^2/_3$ limfocytów w 1 mm³, białko 0,06, globuliny 0,01. Pandy Nonne +. Thurzów prawidłowy. Wassermann i Meinicke 0 — w krwi Wassermann i Meinicke 0.

28. V. U dwuletniego siostrzeńca chorego, z którym chory aż do przybycia do Kliniki stykał się codziennie, zjawiła się wysypka pęcherzykowa z gorączką. Wezwany lekarz rozpoznał ospę wietrzną.

30. V. Bóle w nodze od czasu nakłucia mniejsze. Swędzenie w całej lewej połowie ciała. Największe na klatce piersiowej. Odruch brzuszny lewy dolny powrócił. Inne odruchy brzuszne oraz jądrowe zniesione.

Badanie elektromotoryczne wykazało pewne obniżenie pobudliwości elektromotorycznej w nerwie udowym i kulszowym lewym.

4. VI. Na tylnej powierzchni uda prawego i na dolnej części pośladka oraz na górnej części łydki prawej zjawiło się nagle zaczerwienienie w kształcie języka skierowanego wdół, o bardzo ostrych choć nierównych granicach, niebolesne, bez obrzęku i bez wzniesienia ciepłoty. Brak zaburzeń czucia na tym obszarze. Chory podaje, że i noga prawa stała sę słabsza i że uczucie ścierpnięcia objęło całe części płciowe.

5. VI. Zaczerwienienie utrzymuje się na nodze prawej w dawnych granicach. Poza tem zjawiło się na łydce lewej poniżej ostatniego wykwitu półpaśca zaczerwienienie o granicach będących wiernem odbiciem granic dolnej części zaczerwienienia na nodze prawej. Na przedramieniu prawem po stronie zginaczy podobne zaczerwienienie w kształcie prostokąta 6×2 cm. Zaczerwienienia te podmiotowo żadnych dolegliwości nie dają.

6. VI. W okolicy lędźwiowej z obydwu stron kręgosłupa zjawiło się 5 nowych wykwitów w postaci guzków wielkości główki od szpilki z martwiczym punktem w środku. Pojawieniu się ich towarzyszyło swędzenie.

Rumienie na kończynach lewych słabsze.

Odruchy rzepkowy i stopowy lewy 0. Jądrowe obustronnie 0. dolny brzuszny lewy słaby. Inne brzuszne zniesione. Zaburzenia czucia w poprzednich granicach ale słabsze. Wykwity przysychają, z niektórych odpadły już strupki. Bóle znacznie mniejsze.

9. VI. W miejscach rumieni, które znikły zupełnie, pozostało lekkie łuszczenie się naskórka. Zaburzeń czucia już się nie stwierdza. Odruchy jak poprzednio.

Badanie krwi wykazało: ciałek czerwonych 4.050 tys., hemoglobiny 78%, wskaźnik 0,9, ciałek białych 62,200, limfocytów małych i dużych 87%, obojętnochłonnych 12%, jednojądrzastych 1%.

12. VI. Neurologicznie stan jak wyżej. Bóle powracają jeszcze czasami w udzie lewem.

Badanie elektromotoryczne wykazuje nadal podwyższenie progu pobudliwości w n. udowym i piszczelowym po stronie lewej.

Chory opuścił Klinikę.

Mamy tu do czynienia z półpaścem krzyżowo-kulszowym u 52-letniego osobnika z białaczką limfatyczną, w okresie, gdy pod wpływem leczenia arsenem i naświetlań promieniami X ilość ciałek białych w krwi znacznie się obniżyła. Wykwity półpaścowe przedstawiały obraz martwiczo-krwotoczny i towarzyszyła im wysypka w różnych okolicach ciała. W 3 tygodnie po zjawieniu się pierwszych wykwitów wystąpiło zniesienie odruchów ścięgnistych w kończynie dolnej, zajętej przez półpasiec a w kilka dni później obustronne zniknięcie odruchów brzusznych z upośledzeniem czucia na kończynie po stronie wykwitów. W 37-ym dniu choroby zjawiły się na kończynie dolnej zdrowej rumienie w okolicy symetrycznej do okolicy zajętej przez półpasiec. W miesiąc od początku choroby 2-letnie dziecko z otoczenia chorego zapadło na ospę wietrzną.

Zanim przejdziemy do sprawy szczególnie nas zajmującej, to znaczy objawów ze strony nerwów i stosunku ich do zmian skórnych w półpaścu, pragnę zwrócić uwagę na okoliczność, że częstość półpaśca w przebiegu schorzeń układu limfatycznego nie może być, jak to podkreślają Wohlwill i Freund, następstwem prostego zbiegu wypadków. Zdarza się on poza białaczką limfatyczną w *lymphosarcomatosis* (Head i Campbell, Wohlwill) i w *lymphogranulomatosis* (Pancoast, Burmann, Nyary), w wypadkach *sarcoma microglobocellulare* (Fahr i Morton). Freund zestawił 18 wypadków półpaśca w przebiegu białaczki i to przeważnie białaczki limfatycznej. Dostrowsky dodał do tego ostatnio jeden wypadek. Jaki związek zachodzi między tem schorzeniem układu chłonnego a półpaścem trudno rozstrzygnąć ze względu na niedostateczną znajomość patologji obydwu tych chorób. Nyary, Fischl i Wohlwill rozporządzając materjałem anatomo-patologicznym kwalifikują swe wypadki jako *herpes zoster symptomaticus*, jakkolwiek właśnie wyniki badania anatomicznego w ich wypadkach niezupełnie usprawiedliwiają takie stanowisko. Nyary mianowicie znalazł w swym przypadku *lymphogranulomatosis* z półpaścem szyjnym w III. szyjnym zwoju międzykręgowym ognisko martwicze, które nazywa zatorem. Zupełnie podobne zmiany spotyka się jednak w zwojach międzykręgowych w przypadkach półpaśca samoistnego (przypadek Bielschowskyego) a zmiany zapalne na oponach i krwotoki w okolicznych zwojach międzykręgowych mówią przeciwko zawałowej naturze ogniska w zwoju szyjnym trzecim. W wypadku Wohlwilla, półpaśćca twarzowego przy białaczce limfatycznej brak było zmian w zwoju Gassera, znaleziono natomiast nacieki limfatyczne w korzonkach nerwu trójdzielnego obustronnie. Ta obustronność a przytem brak badania zwoju klinowo-podniebiennego każe wyniki te oceniać ostrożnie. Sam Wohlwill zwraca uwagę na trudności rozróżnienia nacieku zapalnego w półpaścu od nacieku białaczkowego a nawet limfosarkomatycznego. Nacieki w zwojach w wypadkach półpaśca samoistnego składają się z limfocytów i komórek plazmatycznych często jednak z samych tylko limfocytów. Wobec tego, że komórki zwojowe bywają niejednokrotnie mimo nacieków zapalnych zupełnie dobrze zachowane, rozróżnienie obydwu spraw może nastręczać trudności. I tak w jednym wypadku półpaśca Wohlwilla z przerzutami *lymphosarcoma* do zwojów międzykręgowych badanie wykwitów skórnych wykazało nacieki limfocytarne niczem nie różniące się od wrzekomo limfosarkomatycznych przerzutów w zwojach — Freund w swoim wypadku białaczki limfatycznej z półpaścem w II. i III. odcinku szyjnym znalazł w tkance okołozwojowej zwoju szyjnego III-go stary

krwiak w okresie organizacji, jednak typowe dla półpaśca zmiany zapalne w całym szeregu zwojów tej samej i przeciwnej strony oraz zmiany zapalne w rdzeniu wykluczają możliwość odnoszenia powstania półpaśca do będącego najprawdopodobniej następstwem białaczki krwotoku i każą półpasiec w tym wypadku traktować jako półpasiec samoistny u osobnika z białaczką limfatyczną. Ilość wypadków anatomicznie zbadanych jest zbyt mała, by móc z nich wyciągać ogólniejsze wnioski. Białaczka tak limfatyczna jak i szpikowa daje nacieki i krwotoki w układzie nerwowym i na oponach, sprowadzające nawet fatalny koniec, jednakowoż dotychczasowy materjał zdaje się przemawiać raczej za tem, że półpasiec u osób dotkniętych białaczką nie jest wywołany wprost przez nacieki białaczkowe w jakiejś części układu nerwowego, ale że sprawa chorobowa jest tu tego samego rodzaju co w półpaścu samoistnym. Nasz przypadek jakkolwiek nie badany anatomicznie potwierdza, jak zobaczymy później, ten punkt widzenia.

Istnieje możliwość odniesienia powstawania półpaśca przy białaczce limfatycznej do stosowanego w niej tak często arsenu. W naszym przypadku wykluczyć tego nie można, jakkolwiek ostatnie dawki arsenu podane były przed dwoma miesiącami. Jednak, chociaż z czynników toksycznych mających wpływ na występowanie półpaśca arsen stoi na pierwszem miejscu, Freund wśród swoich 18 przypadków znalazł zaledwie 4, w których arsen był stosowany. Widocznie białaczka jako taka stoi w jakimś związku z półpaścem. Należy przypuścić, że podobnie jak cały szereg innych jadów i zakażeń stwarza ona szczególnie korzystne warunki dla zadziałania zarazka półpaśca, w swoisty sposób obniżając siły odpornościowe ustroju wobec tego drobnoustroju.

W obrazie klinicznym półpaśca w przebiegu białaczki uderza, co podnosi Freund, częstość uogólniania się wykwitów. Przypadek Dostrowsky'ego oraz powyżej przytoczony potwierdza to spostrzeżenie. W naszym wypadku należy mówić raczej o rozsianiu niż o uogólnieniu wykwitów, jednak skłonność w tym kierunku w porównaniu z przeciętnym wypadkiem półpaśca jest wyraźna. Zwraca uwagę przy tem fakt, że fale po sobie następujących wykwitów rozciągają się na bardzo długi okres czasu. Ostatnia przyszła prawie w sześć tygodni po pierwszej. Przemawia to również za zmniejszoną obroną ustroju, który nie może się zdobyć przez tak długi okres czasu na wytworzenie dostatecznej odporności. Postacią swoją odbiegały wykwity rozsiane od zwykłych opryszczkowych pęcherzyków, były to grudki i guzki z minimalnemi pęcherzykami lub martwicami.

Poza umiejscowieniem wykwitów wykazującem niezaprzeczony związek z układem nerwowym jakkolwiek nie odpowiada ono niejednokrotnie rdzeniowemu ani obwodowemu unerwieniu skóry, inne objawy zajęcia układu nerwowego w półpaścu są dość częste. Nietylko bóle i zboczenia czucia, ale i zaburzenia czucia objektywne w postaci nadwrażliwości lub upośledzenia czucia są banalnemi w przebiegu tego schorzenia. Już rzadziej spotyka się zniesienie odruchów (Goldflam), porażenia i zaburzenia odżywcze. Badania anatomiczne dostarczają nam coraz nowych faktów, tłumaczących te objawy. Zdanie Baerensprunga o zmianach w zwojach międzykręgowych w półpaścu zostało potwierdzone przez badania pokaźnej liczby wypadków. Pierwsze miejsce zajmują tu Head i Campbell ze swojemi 19-tu na ogólną liczbę 21 zbadanych przypadków i Wohlwill z 9-ciu wśród 10-ciu opisanych. Mimo to zdanie Brissauda, który umiejscawiał sprawę chorobową w rdzeniu, znalazło potwierdzenie w badaniach całego szeregu autorów (Magnus, v. d. Scheer i Sturmann, A. de Besche, Hedinger, Zumbusch, Nieuvenhuyse etc. zwłaszcza zaś w ostatnich czasach Lhermitte i współpracownicy). Podobnie Wohlwill w 5-ciu swych przypadkach prócz zmian w zwojach międzykręgowych znalazł je też w rdzeniu. Zmiany te dotyczą przedewszystkiem podstawy rogów tylnych i rogów bocznych. Niewątpliwie umiejscowienie sprawy chorobowej w zwojach międzykręgowych i szarej substancji rogów tylnych i bocznych rdzenia jest w półpaścu najczęstsze, jednak zmiany znajdują się choć mniej stale i w innych okolicach układu nerwowego: w korzonkach tylnych i przednich (Magnus, drugi przypadek Wohlwilla) w nerwach obwodowych (Dubler, Curschmann, Eisenlohr, v. d. Scheer i Sturmann, 6-ty wypadek Wohlwilla), wreszcie Bielschowsky podobnie jak Wohlwill znalazł w swoim przypadku zajęcie zwoju współczulnego zaś Thomas i Laminiére gałązek łączących *(rami comunicantes)*.

Nasz przypadek cechowały wyrzuty, których granice nie odpowiadają granicom odcinków czuciowych powszechnie używanych schematów, również nie mieszczą się one w zakresie żadnego nerwu obwodowego. Najbardziej zbliżone są ich granice do granic okolic Heada. Pierwsze wykwity odpowiadały swem rozprzestrzenieniem dość dokładnie drugiej krzyżowej okolicy Heada z tem, że wolną od wykwitów pozostała dolna jej część na podudziu. Późniejsze wykwity objęły także okolicę krzyżową trzecią. Przez 3 tygodnie trwania półpaśca poza bólami brak było jakichkolwiek wyraźniejszych objawów neurologicznych. Dopiero po tym czasie wystąpiło lekkie upośledzenie czucia, nieograniczające się jednak do odcinków objętych wykwitami ale zajmujące całą kończynę dolną i dolną część tułowia aż do łuku żebrowego. Zaburzenia czucia były ściśle jednostronne. Równocześnie z zaburzeniami czucia stwierdzono zniknięcie odruchu rzepkowego i stopowego na kończynie chorej a niebawem obustronne zniknięcie odruchów brzusznych. Badanie elektromotoryczne wykazało pewne podwyższenie progu pobudliwości elektromotorycznej w wszystkich prawie pniach kończyny dolnej lewej. Podwyższenie to było jednak stopnia niedużego, największe w n. udowym i w mięśniu czworogłowym oraz największym pośladkowym. Sprawność ruchowa chorej kończyny była też tylko nieznacznie upośledzona.

Te zaburzenia czuciowe i ruchowe wskazują na to, że sprawą chorobową zostały zajęte znaczne części układu nerwowego nie pozwalając na bliższe określenie umiejscowienia zmian. To pewne, że musiały być one obustronne. Równie dobrze jednak chodzićby tu mogło o zajęcie całego szeregu zwojów międzykręgowych z częściowem przeniesieniem się sprawy na korzonki przednie jak też o szerzenie się sprawy chorobowej w rdzeniu kręgowym, którego zajęcia w *herpes zoster* badania ostatnich lat każą uważać za prawie stałe. Brak objawów zajęcia dróg długich rdzenia (brak zaburzeń czucia głębokiego i objawów piramidowych) nie przemawiają wcale przeciw umiejscowieniu w rdzeniu. *Myelitis zosteriana* jest prawie zawsze *poliomyelitis* i poza nielicznemi naciekami sprawa nie ma skłonności do szerzenia się w substancji białej. Że jednak niezawsze tak bywa, że zajęciu ulec mogą i drogi substancji białej, na to wskazuje cały szereg spostrzeżeń (Starorypińska i Sterling — hemipareza po stronie przeciwnej ze wzmożeniem odruchów przy *herpes ophtalmicus*. Lehrmitte i Vermes — wzmożenie odruchów w Babińskim przy *herpes occipitalis*. Bruyer wzmożenie odruchu rzepkowego przy *herpes sacralis*. Bruce — Babiński przy półpaścu), między innemi także jeden przypadek spostrzegany przez nas, który tu w skróceniu podajemy.

K. F., lat 28, przed 2 laty przebył kiłę. Wziął 2 leczenia swoiste. Drugie musiało być przerwane w październiku 1930 r. po pięciu zastrzykach nowarsenobenzolu z powodu gorączki i wymiotów, jakie występowały po każdym zastrzyku. 4. XI. 1930 r. bóle, zaczerwienienie i obrzęk skóry na małżowinie usznej prawej i w jej okolicy z gorączką 38,5° C, dreszczami i osłabieniem. 8. XI. 1930 zawroty głowy. 11. XI. 30 zauważył skrzywienie ust coraz bardziej nasilające się, nie mógł zamykać oka prawego, zjawił się szum w uchu prawem. 14. XI. wyciek ropny z domieszką krwi z przewodu usznego zewnętrznego prawego oraz pęcherzyki na małżowinie i języku po prawej. 24. XI. przy przyjęciu do Kliniki stwierdzono: zupełne obwodowe porażenie nerwu twarzowego prawego z odczynem zwyrodnienia, lekkie upośledzenie ruchowe prawego mięśnia odwodzącego oko, oczopląs poziomy pierwszego stopnia w lewo, upośledzenie czucia powierzchownego wszystkich rodzajów na całej prawej połowie głowy, schodzące na kark i szyję, najsilniej wyrażone na małżowinie usznej prawej z wyjątkiem płatka usznego i na nosie, upośledzenie smaku na przedniej części języka po stronie prawej z wyjątkiem smaku gorzkiego, upośledzenie czucia dotyku i bólu na przedniej części języka po stronie prawej. Błona bębenkowa bez zmian, przewód uszny zewnętrzny i jego ujście zewnętrzne pokryte strupkami. Upośledzenie słuchu dla tonów wysokich po prawej z nadwrażliwością dla niektórych szmerów. Dość znaczne upośledzenie błędnika prawego przy próbach galwanicznych, obrotowych i cieplnych. Błona jamy ustnej i języka bez zmian. Powiększenie gruczołów podszczękowych po stronie prawej — w kończynach górnych odruch promieniowy lewy żywszy. W kończynach dolnych odruch rzepkowy lewy żywszy. Odruchów patologicznych zaburzeń czucia i ruchów brak. Wassermann z krwi 0, w płynie mózgowo-rdzeniowym brak zmian.

Dalszy przebieg choroby nie przedstawia nic szczególnego poza tem, że tak porażenie nerwu twarzowego, jak zaburzenia czucia i zaburzenia ze strony nerwu VIII utrzymywały się bardzo uporczywie.

W tym typowym zresztą obrazie *polyneuritis cerebralis herpetica* z zespołem Ramsay Hunta (półpasiec uszny i językowy, zaburzenie czucia na małżowinie usznej i upośledzenie smaku na przedniej części języka) z zajęciem nerwu VI, VII, VIII, występujący u kiłowego wkrótce po leczeniu arsenobenzolowem podkreślić należy dwa szczegóły a mianowicie rozmieszczenie zaburzeń czucia i nierówność odruchów.

Zaburzenia czucia poza obrębem n. trójdzielnego zajmują także obszar górnych odcinków szyjnych nie mówiąc o zaburzeniach czucia na małżowinie usznej należących do zespołu zwoju kolan-

kowego. Wprawdzie przy półpaścu zajęcie szeregu zwojów międzykręgowych jest prawie regułą a Ramsay Hunt podkreśla równoczesną „reakcję szeregu zwojowego", do którego prócz zwojów czuciowych nerwów czaszkowych należą też zwoje międzykręgowe szyjne, jednak nasuwają się wątpliwości co do umiejscawiania zmian warunkujących zaburzenia czucia w naszym przypadku w zwojach, mianowicie nasilenie zaburzeń czucia na twarzy było nierównomierne i granice nie odpowiadały wcale obwodowemu rozprzestrzenieniu nerwu trójdzielnego. Mamy tu do czynienia z trzema koncentrycznie ułożonemi odcinkami, co nasuwa przypuszczenie umiejscowienia jądrowego tego zaburzenia czucia w jądrze gałęzi zstępującej nerwu trójdzielnego. Prawdopodobnem jest, że sprawa szerząc się dalej w kierunku zstępującym ośrodkowego układu nerwowego zajęła rogi tylne odcinków szyjnych, których przedłużeniem jest jądro zstępującej gałęzi nerwu trójdzielnego.

Jeszcze bardziej stanowczo za ośrodkowem umiejscowieniem sprawy chorobowej przemawia wzmożenie odruchów ścięgnistych i okostnowych w kończynach strony przeciwnej, widocznie sprawa w tym wypadku, jakkolwiek bardzo nieznacznie, dotknęła też dróg istoty białej. Do rozstrzygnięcia, czy zaburzenia ze strony innych nerwów czaszki są pochodzenia obwodowego czy ośrodkowego, brak w naszym przypadku danych, jakkolwiek drugiej możliwości wykluczyć nie można. Bądź co bądź poprzednio wyszczególnione objawy stanowią dostateczną podstawę do przyjęcia w tym wypadku półpaśca usznego *encephalitis zosteriana*.

Powracając do przypadku pierwszego należy przyjąć również z dużem prawdopodobieństwem, że sprawa chorobowa zajęła istotę szarą rdzenia i to na bardzo dużej przestrzeni, sięgając dolnych odcinków piersiowych, dotykając nietylko rogów tylnych ale i przednich i częściowo przenosząc się na stronę przeciwną jak świadczy o tem zniknięcie na czas jakiś odruchów brzusznych obustronnie. Również do objawów ośrodkowych zaliczyć należy oliguryę. Sprawa w rdzeniu była dobrotliwej natury, nie miała właściwości niszczących, jak świadczy o tem zwiewność i krótkotrwałość objawów. Charakterystycznem jest przy tem, że objawy neurologiczne wystąpiły wtedy, gdy sprawa skórna a z nią bóle poczęły przygasać.

Znaczenie zmian w systemie nerwowym dla powstawania zapalenia w skórze w wypadkach półpaśca oceniano rozmaicie. Zagadnienie wiąże się ściśle z nerwową teorją powstawania zapalenia wogóle. Najdalej w przypisywaniu rozstrzygającego znaczenia układowi nerwowemu w powstawaniu wykwitów poszedł Kreibich, według którego zadrażnienie łuku odruchu czuciowo-wegetatywnego w jakiemkolwiek miejscu odruchowo lub bezpośrednio doprowadzić może do naczyniowych zmian, których następstwem są wykwity półpaśca. Z innych autorów Kohnstann przypisywał odśrodkowo przewodzonemu bodźcowi rozszerzającemu naczynia, powstałemu przez zadrażnienie korzonków tylnych względnie komórek zwojów międzykręgowych, rozstrzygające znaczenie w powstawaniu zmian w skórze. Blaschko odwrotnie myślał o podrażnieniu odśrodkowych włókien sympatycznych, Dejerine, Thomas, Laminiére o wypadnięciu ich czynności wreszcie Bielschowsky przypuszcza, że dopiero zupełny wypad unerwienia roślinnego t. zn. uszkodzenie tak włókien rozszerzających naczynia w korzonkach tylnych jak dróg sympatycznych może doprowadzić do powstania wykwitów skórnych.

Zwolennicy odruchowej względnie neuro-pochodnej teorji powstawania półpaśca rozszerzają oczywiście niezmiernie zakres t. zw. *herpes zoster symptomaticus*. Jakiekolwiek podrażnienie czy uszkodzenie bez względu na jego przyrodę, czyto będzie zmiana zapalna, czy naciek nowotworowy, ucisk czy skurcze mięśni gładkich w narządach wewnętrznych byle dotyczyło łuku odruchowego czuciowo-roślinnego, doprowadza do powstawania wykwitów. Niektórzy z dawniejszych autorów (Weigert, Neisser, Vörner) przypuszczali, że te wpływy nerwowe stwarzają tylko korzystne podłoże w skórze, na które działając banalne, nieswoiste czynniki wywołują zmiany zapalne w postaci wykwitów. Od czasu, gdy zakaźna etjologja półpaśćca coraz bardziej stawała się widoczną a zwłaszcza po udałem przeszczepieniu (Kundratitz, Glaubersohn i Wilfand, Lipschütz, Marinesco, Freund i Heymann), wpływ układu nerwowego w poglądach na powstawanie wykwitów ulega coraz większemu ograniczeniu. Najdalej pod tym względem poszli Marinesco i Draganesco odrzucając zupełnie pojęcie półpaśca objawowego. Według nich wykwity w skórze są wywołane zawsze bezpośrednio przez swoisty zarazek półpaśca a neurotropizm tegoż doprowadzając do zajęcia układu nerwowego stwarza tylko korzystne warunki dla jego rozwoju. Podobnie Wohlwill, jakkolwiek co do patogenezy wykwitów nie jest tak krańcowym w poglądach jak Marinesco, uważa, że etjologicznie w półpaścu wchodzi w rachubę tylko jego swoisty zarazek i ewentualnie zarazek wiatrówki. Także Doerr, Lipschütz, Levaditi i Freund nie uznają półpaśca objawowego.

Prócz objawów zajęcia dróg i ośrodków czuciowych i ruchowych spotykamy u naszego chorego objawy ze strony układu roślinnego. W 37-ym dniu choroby zjawiło się na zdrowej nodze prawej zaczerwienienie skóry, które objęło tylną powierzchnię uda, górną powierzchnię łydki i dolną część pośladka. Jeżeli przyjrzymy się schematowi z granicami przeczulicowych okolic Heada, to przekonamy się, że przestrzeń ta odpowiada dokładnie okolicom oznaczonym S II i S III. Dnia następnego zjawił się taki sam rumień w postaci trójkąta podstawą ku górze na łydce lewej. Zasięg jego odpowiadał dolnej części okolicy Heada S II, jeżeli złączymy go obszarem skóry zajętym wykwitami (która to okolica pozostała zupełnie wolna od zaczerwienienia) otrzymamy znów przestrzeń odpowiadającą S II + S III i pokrywającą się wobec tego z symetrycznym rumieniem na nodze prawej. To odcinkowe i ściśle symetryczne umiejscowienie zmian skórnych każe szukać ich związku z układem nerwowym. Umiejscowienie ich w odcinkach zajętych przez półpasiec czyni znów prawdopodobnem zależność jednej sprawy od drugiej. Chory otrzymywał wprawdzie naświetlania promieniami poza-fiołkowemi miało to jednak miejsce już przez kilkanaście dni przed wystąpieniem rumieni i co ważniejsza dotyczyło zawsze wyłącznie tylnej powierzchni kończyny dolnej lewej. Kończyna prawa nigdy nie była odsłonięta przy naświetlaniu. Wygląd zmian skórnych odpowiadał rumieniowi przy zadziałaniu promieni poza-fiołkowych. Jednak umiejscowienie ich na części ciała bezpośrednio nie naświetlanych zmusza do przyjęcia, że zależność ich od naświetlania była innej przyrody niż przy zwykłym rumieniu słonecznym *(erythema solare)*. Miejsca bezpośrednio naświetlane nie wykazywały zmian, natomiast zjawiły się one w symetrycznej do zmian półpaścowych okolicy strony przeciwnej.

Odruchowe występowanie zjawisk naczynio-ruchowych pod wpływem drażnienia skóry w odległych nawet okolicach badał przedewszystkiem Kreibich. Otrzymał on między innemi przez drażnienie prądem faradycznym jednej kończyny górnej odczyn w postaci rumienia na kończynie górnej przeciwległej, przez drażnienie prądem ograniczonej powierzchni podobny odczyn na przestrzeni o wiele większej, po zastosowaniu jodoformu wyprysk na symetrycznem nie drażnionem miejscu. Na podstawie tych doświadczeń uważa Kreibich cały szereg zmian skórnych wywołanych przez wahania naczynio-ruchowe za objawy odruchowe, które dochodzą do skutku za pośrednictwem układu nerwowego, przyczem łuk odruchowy przechodzi przez rdzeń. Najczęściej umiejscowienie odczynu odpowiada miejscu, skąd wychodzi bodziec, często obejmując cały odcinek skóry. Niejednokrotnie jednak odczyn obejmuje większą ilość odcinków czasem bardzo odległych. Odczyny wazomotoryczne mogą się ograniczyć do prostych rumieni, mogą jednak też doprowadzić do martwicy a nawet według Kreibicha dać obraz *herpes zoster*. Że wśród innych bodźców światło może prowadzić do takich odruchowych zjawisk w bardzo odległych okolicach ciała, o tem świadczą doświadczenia Engelmanna, który przez naświetlanie ograniczonych okolic skóry uzyskiwał zmiany w siatkówce identyczne z temi, jakie powoduje naświetlanie oka. Do skutku dojść one mogły tylko za pośrednictwem ośrodkowego układu nerwowego. Tak samo pogłębienie oddechu występujące przy naświetlaniu skóry nie da się tłumaczyć inaczej jak drogą odruchową, jakkolwiek nie znamy chwytników w skórze dla tego odruchu. Natomiast jeśli idzie o skórę, to rumienie są tu zawsze ściśle ograniczone do przestrzeni bezpośrednio naświetlanej. Rozmieszczenie ich w naszym przypadku stanowi więc niezwykły wyjątek, jeżeli, co jest najprawdopodobniejsze, przyjmiemy za ich przyczynę naświetlanie promieniami poza-fiołkowemi. Może tu chodzić tylko o odruch naczyniowy w postaci zapalenia skóry wywołanego przez naświetlanie przeciwległych symetrycznych okolic skóry. Odczyn ten ograniczył się do okolic Heada S II i S III. Przypuszczać należy, że w dojściu jego do skutku odegrało rolę podrażnienie ośrodków wegetatywnych w rdzeniu, które uczulone odpowiedziały w tak niezwykły sposób. Zachodzi pytanie, co spowodowało brak odczynu w okolicy bezpośrednio naświetlanej. Widzieliśmy, że na kończynie naświetlanej promieniami poza-fiołkowemi tylko w dolnej części okolicy Heada S II wystąpił rumień. Była to część niezajęta wykwitami półpaśca, należy więc przypuścić, że te zmiany, które doprowadziły do powstania wykwitów uniemożliwiły odczyn naczynio-ruchowy w tej okolicy. Czy przyszło w odcinkach tej samej strony do zniszczenia sprawą zapalną ośrodków, które w przeciwległych uległy tylko podrażnieniu, czy też zwyrodnienia w obwodowych włóknach tej okolicy uniemożliwiły dojście do skutku odczynu naczynioruchowego, trudno rozstrzygnąć. Odcinkowe ograniczenie obustronnych zmian skórnych o typie wyraźnie naczynio-

ruchowym przemawia niedwuznacznie za zajęciem ośrodków wegetatywnych rdzenia na przestrzeni S II i S III, że jednak także i inne okolice znajdowały się w stanie zmienionej pobudliwości, o tem świadczy wystąpienie ograniczonego rumienia na przedramieniu lewem. Wobec rozsiania się wykwitów po różnych okolicach ciała, między innemi też i na ramieniu lewem okoliczność, że chodzi tu o odcinek odległy bo C VIII. nie przemawia przeciw odruchowemu powstaniu tego rumienia.

Odruchowo powstałe do pewnych odcinków ograniczone rumienie świadczą o zaburzeniach układu roślinnego w *herpes zoster* i rzucają światło na rolę jego w powstawaniu tego schorzenia. Mimo najbardziej w oczy rzucających się zmian w zwojach międzykręgowych wydaje się bardziej zrozumiałem udział ośrodków włókien roślinnych w powstawaniu wykwitów półpaśca. Przykładów na zaburzenia odżywcze, wydzielnicze i naczynio-ruchowe w półpaścu znajdujemy bardzo wiele (Higier — nadmierne pocenie się, Aubaret i Morenon — *erytrodermia* po półpaścu, Nieden — objawy ze strony n. współczulnego szyjnego, André Thomas i Amyot, Lhermitte i Kyriaco — zmiany odżywcze na sutku, Sterling — nawroty obrzęku Quinckego i półpasiec, Verrotti — odcinkowa *sclerodermia* po półpaścu). V. d. Scheer opisał przypadek półpaśca z odcinkowemi zmianami w skórze, który pod wieloma względami przypomina powyżej podany. W 12 dni po ukazaniu się półpaśca w okolicy Heada D 10 wystąpiło zaczerwienienie skóry obustronne, symetryczne, ograniczone ściśle do okolic Heada D 5 do L 1 z rozrzuconemi tu i ówdzie grudkami. W całości obraz przypomina *dermatitis follicularis*. Zmiany skórne utrzymywały się przez 2 dni i ustąpiły bez śladu. Ze względu na zastosowanie na wykwity półpaśca 2% maści kokainowej v. d. Scheer bierze pod uwagę możliwość toksycznego powstania wysypki. Dla wytłumaczenia jednak umiejscowienia metameralnego przyjmuje zmiany zapalne w rdzeniu.

Spostrzeżenie to tak podobne do naszego z tem, że u nas charakter odruchowy rumieni ze względu na znany bodziec jest o wiele wyraźniejszy, rzuca światło o tyle na powstawanie półpaśca, że wykazuje, w stanie jakiego podrażnienia znajdują się w *herpes zoster* łuki odruchowe naczynioruchowe i jak łatwo oddziaływują wybitnemi zmianami na różne bodźce. Czy sam bodziec nerwowy wystarcza do wywołania pęcherzyków i często głębokich martwic choćby tylko w nielicznych wypadkach, wydaje się ze względu na dodatnie wyniki szczepień półpaśca i wykazanie przez to zakaźnej jego przyrody, jak to już zaznaczyliśmy na początku, mało prawdopodobnem, z drugiej strony jednak bez współudziału układu roślinnego najprawdopodobniej nigdy wykwity półpaścowe nie dochodzą do skutku.

Doświadczenia nad nieropnemi sprawami zapalnemi układu nerwowego a zwłaszcza nad zapaleniem mózgu wywołanem przez zarazek opryszczki zwyczajnej pozwalają z dużem prawdopodobieństwem stawiać przypuszczenia co do pochodzenia półpaśca jako schorzenia wywoływanego przez drobnoustrój ultramikroskopowy. Podczas gdy część badaczy stoi na gruncie tożsamości zarazka *herpes simplex* i półpaśca (Grüter, Luger i Lauda, Teague i Goodpasture, Miniami i Ehara) większość (Lipschütz, Pette, Freund i inni) przyjmuje odmienność czynników wywołujących jedną i drugą chorobę. Dopiero dalsze badania będą mogły ostatecznie zagadnienie to rozstrzygnąć. Natomiast od czasu, gdy Bokay zwrócił uwagę na związek czasowy i przestrzenny w występowaniu półpaśca i ospy wietrznej, spostrzeżenia tego rodzaju tak się namnożyły, że dziś wydaje się tożsamość zarazka jednej i drugiej choroby nie ulegać wątpliwości. Udało się przecież przeszczepiając półpasiec wywołać ospę wietrzną i wykazać, że obydwie te choroby powodują skrzyżowaną odporność.

Nasz przypadek dostarcza nowego dowodu tożsamości względnie powinowactwa czynników wywołujących półpasiec i ospę wietrzną. W najbliższem otoczeniu chorego w 9-ym dniu po opuszczeniu przez niego domu zapadło dwuletnie dziecko na typową ospę wietrzną. W naszym przypadku ma to jeszcze o tyle znaczenie, że przemawia przeciw rozpatrywaniu półpaśca przy białaczce jako tak zwanego *herpes zoster symptomaticus* a za przynależnością tych przypadków do zwykłego samoistnego półpaśca. Wypadki półpaśca o rozsianych względnie uogólnionych wykwitach mają podobno o wiele częściej prowadzić do powstawania ospy wietrznej w otoczeniu niż ściśle umiejscowione wykwity. Wobec powyższego półpasiec przy białaczce mając skłonność do takiego, właśnie uogólniania się stanowiłby przedewszystkiem łatwe źródło zakażenia. Podkreślić jeszcze należy, że w przeciwieństwie do tego, co się czyta o uogólnionych półpaścach, wysypka w naszym przypadku była różna od ospy wietrznej.

Chory nasz przechodził w 3-im r. ż. ospę wietrzną, która, jak wiemy, pozostawia po sobie zasadniczo odporność przeciw podobnemu zakażeniu. Widocznie białaczka była czynnikiem, który osłabił tę odporność, w następstwie czego przyszło do objawów chorobowych.

Streszczając wnioski z naszych spostrzeżeń stwierdzić należy w łączności z badaniami anatomicznemi, że objawy kliniczne w półpaścu przemawiają za ośrodkowem umiejscowieniem się sprawy w rdzeniu względnie pniu mózgowym i to niekiedy na dużej przestrzeni a nawet obustronnie. Sprawa ta niezawsze ogranicza się do substancji szarej ale objąć może również i drogi substancji białej. Zajęcie ośrodków roślinnych prowadzi do zmienionej pobudliwości i do odruchowej nadwrażliwości na bodźce, (czego dowodem jest wystąpienie u naszego chorego po naświetlaniu promieniami pozafiołkowemi rumieni w okolicach niemi nie naświetlanych) sprowadzającej odczyny nieprawidłowe, które odgrywają ważną rolę w dojściu do skutku wykwitów półpaśca. Wreszcie spostrzeżenie nasze wskazuje na idjopatyczność półpaśca przy białaczce i na związek w występowaniu półpaśca i ospy wietrznej.

Piśmiennictwo:

1) Bielschowsky M.: Handbuch der Neurologie Lewandowskyego. Tom V. str. 316. 1914. — 2) Bregman L.: Neur. Pol. T. VIII. str. 29. 1925. — 3) Higier H.: Kron. Lek. 1903 str. 1. — 4) Dejérine: Rev. Neur. 1907. str. 10. — 5) Dejérine et A. Thomas: Rev. Neur. 1907., str. 469. — 6) Dostrovsky: Derm. Wochenschr. 1931. — 7) Faure-Beaulieu et J. Lhermitte: Rev. Neur. 1929. I. str. 1250. — 8) A. Flesch: Klin. Woch. 1928, str. 1010, ref. — 9) H. Freund: Arch. f. Dermat. Tom 154, str. 476, 1928. — 10) H. Freund: Klin. Woch. 1928. I. str. 980. — 11) H. Freund: Klin. Woch. Tom VIII. str. 577, 1929. — 12) Glaubersohn i Villfand: Rev. Neur. 1929. II. str. 463, ref. — 13) Goldflam S.: Medycyna Nr. 48. 1911. — 14) Handelsmann J. i Jarzyński J.: Neur. Pol. T. II. str. 850. 1912. — 15) Hammerschlag: Neur. Zebtr. 1899, str. 717. — 16) Hunt R.: Neur. Zentr. 1908, Nr. 11. — 17) Kreibich: Arch. f. Derm. u. Syph. tom 93, zesz. 1, 1908. — 18) Levaditti C.: Arch. of Neur. 22 tom, str. 767. — 19) J. Lhermitte et M. Nicolas: L'énceph. roczn. 22, Nr. 5. — 20) J. Lhermitte et Kyriaco: Rev. Neur. 1928. I. str. 263 i 469. — 21) Lhermitte et Varmés: Rev. Neur. 1930. I. str. 1231. — 22) Luger i Lauda: Klin. Woch. 4, str. 209. 1925. — 23) Mackiewicz i Jermułowicz: P. G. Lek. 1930. str. 489. — 24) M. Michaud: Rev. Neur. 1929. I. str. 709. — 25) Netter: Press. Med. 1922, str. 436. — 26) Netter, Urbain et Lamy: Rev. Neur. 1928. I. str. 784. — 27) L. Nyary: D. Z. f. Nervenheil. tom 88/89, str. 242. — 28) H. Pette: D. Z. f. Nervenheil. tom 110. str. 221. 1929. — 29) Salomon A.: Z. f. d. ges. Neur. u. Psych. ref. VII tom. str. 345, 1913. — 30) V. d. Scheer: Z. f. d. ges. Neur. u. Psych tom 16, str. 343, 1913. — 31) V. d. Scheer i Sturmann: Z. f. d. ges. Neur. u. Psych. tom 34, str. 119, 1916. — 32) A. Thomas: Rev. Neur. 1907. str. 630. — 33) A. Thomas et Laminiére: Rev. Neur. 1907, str. 693. — 34) Sterling W.: Neur. Pol. T. III. str. 561. — 35) Wohlwill: Z. f. d. ges. Neur. u. Psych. tom 89, str. 171. — 36) Marinesco i Draganesco: Rev. Neur. 1923, I. str. 30. — 37) Marinesco i Draganesco: Press. Med. 1927. str. 1025. — 38) Sterling W.: P. G. Lek. 1928. str. 140.

Notatka.

W sprawie art. o przypadku hemoglobinurji u dziecka po spożyciu borówek łochyń (Vaccinium uliginosum). Nr. 14. P. G. L.

W uzupełnieniu notatki prof. Bujwida, umieszczonej w Nr. 20. Polskiej Gaz. Lek. pozwolę sobie dodać jeszcze następujące uwagi:

Najzupełniej podzielam zdanie prof. Bujwida, iż łochynie nie mogą być uważane za jagody nieszkodliwe, pomimo iż są sprzedawane na targu. Zdanie botanika Wilkomma o własnościach odurzających tych jagód przytoczyłam w mym artykule; drugi bardzo miarodajny autor, Gessner, w niedawno wydanej książce p. tyt.: *„Gift u. Arzneipflanzen von Mitteleuropa"* pisze o omawianych jagodach: *„Die Beeren sind zwar essbar, sollen aber in grösserer Menge zu Uebelkeit, Erbrechen, Kopfschmerz und Benommenheit führen"*.

Żaden autor natomiast nie wspomina o hemoglobinurji, jako objawie zatrucia łochyniami. Opisując moje spostrzeżenie chciałam zwrócić uwagę na możliwość wystąpienia tak groźnego objawu po spożyciu rośliny jadalnej, uważanej za nieszkodliwą.

H. Frenklowa.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

PAŃSTWOWY ZAKŁAD HIGJENY.
Państwowa Szkoła Higjeny
Oddział Biochemiczny

Warszawa, 7. VI. 1932 r.

Na odbytej w r. 1931 z ramienia Ligi Narodów Międzynarodowej Konferencji w Genewie ustalono na przeciąg 2 lat wzorce i jednostki czterech najlepiej dotąd zbadanych witamin, a mianowicie: witaminy A w tłuszczach rozpuszczalnej, witaminy D — przeciwkrzywicowej, witaminy B — przeciwneurytycznej, znanej jako B_1 i witaminy C — przeciwgnilcowej.

Preparaty powyższych witamin mają przygotować niektóre zakłady naukowe w różnych krajach i przesłać do National Institute for Medical Research w Londynie, który jest niejako centralnem laboratorjum Organizacji Higjeny Ligi Narodów. Z przesłanych preparatów National Institute przygotuje jednolity, czysty produkt, mający służyć, jako międzynarodowy wzorzec witaminowy.

Wzorcem witaminy A ma być mieszanina obu izomerów karotenu o p. t. 179° C.

Jednostką witaminy A jest 0,001 mgl/γ wzorca międzynarodowego, a 3—5 γ wystarcza, aby młode szczury na diecie z niedoborem czynnika A wyleczyć z kseroftalmji i pobudzić na nowo do wzrostu.

Do mianowania biologicznego witaminy A należy używać metody, opartej na leczeniu objawów kseroftalmji i innych objawów awitaminozy A oraz na działaniu pobudzającem do wzrostu.

Wzorcem witaminy D ma być roztwór ergosterolu naświetlanego, przygotowanego w 1929 r. przez National Institute for Medical Research w Londynie w sposób następujący:

0,1% roztwór ergosterolu w alkoholu absolutnym w naczyniu kwarcowem o ścianach grubości 1 cm przez pół godziny w odległości 15 cm naświetlano niefiltrowanemi promieniami lampy rtęciowej (Kelvin, Bottomley i Baird) o sile 2,5 amp., napięciu 125 volt.

Roztwór otrzymany zmieszano z niewielką ilością oliwy, następnie przy 45° odparowano alkohol przy zmniejszonem ciśnieniu, otrzymany stężony oleisty płyn rozcieńczono oliwą czystą, ażeby przy 18° C otrzymać stężenie 1 mgl. ergosterolu pierwotnie użytego w 10 cm^3 oliwy. Oliwa użyta do tego rozcieńczenia nie zawiera czynnika D.

W r. 1931 zmieniono metodykę przygotowywania wzorca witaminy D, i właśnie tę nową metodę Konferencja zaleca do otrzymywania preparatów witaminy D.

Ergosterol naświetla się w roztworze eterowym, nieustannie mieszanym, bez dostępu tlenu. Warunki naświetlania winny być takie, aby 30—80% ergosterolu uległo przemianie.

Jednostką witaminy D jest 1 mlg roztworu tak przygotowanego wzorca ergosterolu naświetlanego, t. zn. że 1 mlg tego roztworu podanego przez 8 dni codziennie szczurowi krzywiczemu wywołuje odłożenie się wapnia w strefie wzrostowej kości goleniowej, udowej i promieniowej.

Do oznaczeń czynnika D w preparatach metodą biologiczną należy używać najmniej 20 szczurów. Połowa każdego rzutu otrzymuje roztwór wzorcowy, a druga połowa preparat badany. Przy tych badaniach posługiwać się można zarówno metodą leczniczą jak i zapobiegawczą, a wyniki oceniać na podstawie próby kreskowej Mc Colluma, lub obrazów Roentgena, albo też oznaczeń popiołu kości. Wszystkie trzy metody są jednakowo pewne.

Ponieważ czasami pojawiają się wzmianki o działaniu toksycznem pewnych preparatów ergosterolu naświetlanego, przeto uznano za stosowne każdy preparat, przeznaczony do celów lekarskich, poddać również próbie na działanie toksyczne.

Wzorcem witaminy B czyli B_1 jest substancja przygotowana przez laboratorjum w Batawji na Jawie, metodą Seidella, opisaną przez Jansena i Donatha, w sposób następujący: przez 2 dni ekstrahuje się otręby ryżowe wodą zakwaszoną kw. siarkowym o pH 4,5 przytem dodaje się 0,2% kw. salicylowego i toluolu, ażeby zapobiec zepsuciu. Następnie na każde 100 kg otrąb pierwotnie użytych dodaje się 3 kg ziemi Fullera i przez 24 godz. kłóci się na trzęsawce. Poczem ziemię Fullera odsącza się, przemywa wodą i alkoholem i suszy się. Te 3 kg ziemi Fullera zadsorbowało cały czynnik B_1, zawarty w 100 kg otrąb ryżowych.

Wzorzec witaminy B_1 jest przechowywany w National Institute for Medical Research w Londynie. Wymaga jedynie zabezpieczenia od wilgoci, gdyż łatwo ulega rozkładowi pod wpływem bakteryj.

Jednostką witaminy B_1 jest 10 mg tego wzorca międzynarodowego. Dawka dzienna 10—20 mg tego preparatu wystarcza, aby podtrzymać wzrost normalnego młodego szczura na diecie z niedoborem jedynie czynnika B_1. Dawka dzienna 20—30 mg jest dawką leczniczą dla gołębia wagi 300 g, karmionego samym ryżem, z objawami polyneurytycznemi.

Przy oznaczaniu czynnika B_1 wyniki równie dobre można otrzymać, posługując się zarówno metodą leczniczą, jak i zapobiegawczą. Do doświadczeń można używać zarówno szczury jak i gołębie.

Wzorcem witaminy C przeciwgnilcowej ma być sok świeżych cytryn *(citrus limonum)*.

Jednostką witaminy C jest 0,1 cm^3 soku — jest to 1/10 dawki dziennej potrzebnej, żeby świnka morska na diecie z niedoborem C nie wykazała ani klinicznych objawów gnilca, ani też na sekcji mikroskopowych zmian, charakterystycznych dla gnilca.

Powyższe międzynarodowe wzorce witaminowe o tak ustalonych jednostkach Konferencja zeszłoroczna postanowiła przesłać do różnych krajów instytucjom oficjalnym, zajmującym się sprawą witamin.

Ponieważ Oddział Biochemiczny Państwowej Szkoły Higjeny ma w tych dniach otrzymać z National Institute for Medical Research wzorce witaminowe, przeto Osoby i Instytucje naukowe, które do badań naukowych pragną otrzymać wymienione wzorce witaminowe, proszone są o zawiadomienie Oddziału Biochemicznego Państwowej Szkoły Higjeny (Chocimska 24) jakie wzorce i w jakiej ilości będą im potrzebne do badań. Ze względu na to, że wzorce te łatwo ulegają zmianom, należy je przechowywać w temperaturze 0° C lub poniżej zera i ciemnem miejscu, jeśli nie mają być użyte niezwłocznie.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.
Nr. Z. Z. 66/3.

Warszawa, dnia 30 maja 1932 roku.

Zalecenie „Przeglądu Trachomatologji“ do bibljotek przychodni przeciwjaglicznych.

Do
Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

W powołaniu się na zarządzenie Nr. Z. Z. 4115/30 z dnia 15 lipca 1930 r. (Zbiór Zarządzeń Min. Spraw Wewn. str. 41 poz. 5) o utrzymywaniu przy przychodniach przeciwjaglicznych podręcznych bibljotek Ministerstwo Spraw Wewnętrznych prosi Pana Wojewodę (Pana Komisarza Rządu) o zalecenie kwartalnika p. t. „Przegląd trachomatologji i okulistyki społecznej“ do bibljotek przychodni przeciwjaglicznych oraz innych instytucyj przeciwjaglicznych. Nadmienia się, że kwartalnik ten uważać należy jako niezbędne źródło informacyj dla lekarzy, pracujących w tym dziale, gdyż publikowane są w nim wszelkie materjały kliniczne, naukowe, higieniczno-społeczne oraz komunikaty i zarządzenia władz, dotyczące zwalczania jaglicy u nas i zagranicą.

Dyr. Departamentu Służby Zdrowia: *Dr. Piestrzyński.*

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.
Nr. Z. Z. 66/5.

Warszawa, dnia 30 maja 1932 roku.

W sprawie zgłaszania zachorowań na jaglicę.

Do okólnika Nr. 94 z dnia 12. VI. 1930.

Do
Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

W związku z okólnikiem Nr. 94 z 12 czerwca 1930 roku (Zbiór Zarządzeń Ministerstwa Spraw Wewnętrznych str. 415 poz. 16) Ministerstwo Spraw Wewnętrznych prosi Pana Wojewodę o sprawozdanie, w jakich rozmiarach powyższe zarządzenie zostało wykonane w 1931 roku na terenie poszczególnych jednostek administracyjnych, a mianowicie:

I. Ile zachorowań na jaglicę zostało zgłoszonych:

1) przez kierowników instytucyj leczniczych a) ogólnych, (szpitali, lecznic, przychodni i t. p.), b) ocznych (kliniki oczne, przychodnie oczne i przeciwjaglicze),

2) przez lekarzy szkolnych i zakładów opiekuńczych i t. p.,

3) przez lekarzy komisyj poborowych,

4) przez lekarzy więziennych,

5) przez lekarzy - praktyków: a) ogólnie praktykujących, b) okulistów.

II. Ile kart zgłoszeń zostało dostarczonych poszczególnym kategorjom lekarzy?

III. Czy zostały ujawnione przypadki zaniedbania zgłaszania i jakie zastosowano sankcje?

IV. Jakie zarządzenia zostały wydane w stosunku do zgłoszonych chorych.

Jednocześnie Ministerstwo Spraw Wewnętrznych prosi Pana Wojewodę o przypomnienie właściwym organom obowiązku ścisłego przestrzegania wzmiankowanego okólnika i prowadzenia ewidencji chorych jaglicznych.

Dyr. Departamentu Służby Zdrowia: *Dr. Piestrzyński.*

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.
Nr. Z. Z. 66/1

Warszawa, dnia 30 maja 1932 roku.

Badania przeciwjaglicze w zakładach opiekuńczych.

Do
Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Na podstawie art. 12 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o zwalczaniu jaglicy (Dz. U. R. P. Nr. 36 poz. 333 z 1928 r.) Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zamierza w roku bieżącym zarządzić przeprowadzenie powszechnych badań przeciwjaglicznych w zakładach opiekuńczych w celu przekonania się:

a) czy przez zarządy zakładów opiekuńczych są przestrzegane przepisy o zwalczaniu jaglicy (zarządzenie L. Z. Z. 5806/26 z 30. V. 1926 r. — Zbiór Zarządzeń str. 391 poz. 3), i

b) jaki jest obecnie stan zajagliczenia w zakładach.

Z tego powodu Ministerstwo Spraw Wewnętrznych prosi Pana Wojewodę (Pana Komisarza), podobnie jak to bywało poprzednio (zarządzenie L. Z. Z. 2328/30 — Zb. Zarz. str. 409 poz. 14):

a) o polecenie odpowiednim organom sporządzenia wykazu wszystkich zakładów opiekuńczych, znajdujących się na terenie województwa, w których należałoby przeprowadzić badania przeciwjaglicze,

i b) o podanie nazwiska lekarza, posiadającego odpowiednie kwalifikacje (cytowane wyżej zarządzenie oraz okólnik Nr. 218 Zb. Zarz. str. 1730 poz. 2), oraz warunków, na których mogliby przeprowadzić takie badania.

Wykaz powinien zawierać następujące dane:

1) nazwę, charakter i adres zakładu;
2) liczbę wychowanków (oddzielnie chłopców i dziewcząt);
3) liczbę wychowanków, u których przy poprzednim przeglądzie stwierdzono jaglicę;
4) nazwisko lekarza, sprawującego opiekę lekarską nad zakładem.

Wykazy te należy dostarczyć Ministerstwu Spraw Wewnętrznych do dnia 1 lipca r. b., aby projektowane badania mogły się odbyć w miesiącach letnich.

Dyr. Departamentu Służby Zdrowia: *Dr. Piestrzyński.*

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Medycyna, nr. 11, z 7 czerwca 1932: H. Skwarczewska: Empyema pulsans. — W. Krotow i J. Frydman: W sprawie utajonych postaci megacolon congenitum. — W. Stankiewicz i Trybowska: Wolne ciała włóknikowe w jamie płucnej w przebiegu odmy sztucznej. — E. Żera: Średnie ciśnienie krwi i jego zastosowanie w klinice. — J. Frühaufowa: Zagadnienie dietetyki ze specjalnem uwzględnieniem diety jarzynowo-owocowej.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok IX, nr. 23, z 9 czerwca 1932: M. Gantz: Z semiotyki gruźlicy płuc wieku dziecięcego (dok.). — E. Salman: Przyczynek do etjologji wrzodu żołądka. — H. Higier: Nowsze poglądy na patologję i symptomatologję próchnicy kręgów (streszcz. pogl. dok.). — A. Landau i J. Weisman: O przemianie kwasu mlekowego w ustroju zdrowym oraz w stanach chorobowych (streszcz. pogl. c. d.). — M. Kacprzak: Groźba wyludnienia a ograniczanie potomstwa (dokończenie).

Wiadomości Farmaceutyczne, rok LIX, nr. 24, z 12 czerwca 1932: M. Bułajewski: Badanie biologiczno-chemiczne nasion dyni. — Sprawy zawodowe.

Zdrowie, rok XLVII, nr. 11—12, z 15 czerwca 1932: B. Nowakowski i M. Praussowa: Wpływ zachmurzenia na oświetlenie dzienne. — W. Borawski: Zagadnienia kosztu budowy szpitala na gruncie Międzynarodowych Kongresów Szpitalnictwa. — T. Kirkor: O zanieczyszczaniu i samooczyszczaniu się rzek Wolbórki, Czarnej i Pilicy w okolicach Tomaszowa Mazowieckiego.

Nowiny Społeczno-Lekarskie, rok VI, nr. 11—12, z 1—15 czerwca 1932: Doroczne XIII Walne Zebranie Związku Lekarzy P. P.

Neurologja Polska, tom XIV, rok 1931, zeszyt IV: W. Jakimowicz: Przypadek choroby Tay-Sachsa. — J. Mackiewicz: W sprawie objawu cudowego.

Lekarz Wojskowy, tom 19, nr. 12, z 15 czerwca 1932: J. Nelken: O powikłaniu chorób psychicznych przez różę. — M. Bujwid: Surowicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych w przebiegu nagminnego zapalenia ślinianek przyusznych. — W. Waligórski: Leczenie gruźliczych schorzeń oka tebeprotiną. — B. Waligóra: Służba zdrowia w 1-ej armji w obronie przedmościa Warszawy w sierpniu 1930 roku. — A. Fiumel: O tak zwanem ciśnieniu średniem.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok IX, nr. 24, z 16 czerwca 1932: M. Landsberg: Z dziedziny insulinoterapji. — B. Raszkes: Współczesne poglądy lekarzy francuskich na leczenie rzeżączki (spr. pogl.). — A. Landau i J. Weisman: O przemianie kwasu mlekowego w ustroju zdrowym oraz w stanach chorobowych. (str. pogl. c. d.). — St. Konopka: Prasa lekarska. — S. Adamowiczowa: O wczesnej umieralności niemowląt w Warszawie i Łodzi.

Wiadomości kas chorych, rok III, nr. 8 z 15 czerwca 1932: Dział urzędowy. Zarządzenia O. P. Z. K. Ch. — Urzędowe publikacje Kas Chorych i Związków. — Z zagadnień organizacyjnych kas chorych. — Z życia kas chorych. — Opieka nad dziećmi i młodzieżą w kasach chorych. — Praca i opieka społeczna. — Bezrobocie.

Wiadomości Farmaceutyczne, rok LIX, nr. 25, z 19 czerwca 1932: — Z. Sokołowska: Galasy polskie i otrzymywanie z nich taniny. — Sprawy zawodowe.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Tematy ogólne.

Założenie Klasztoru i Szpitala OO. Bonifratrów we Lwowie. ZIEMBICKI WITOŁD Dr. Z ilustracjami w tekście. Odb. z XXXI—XXXII tomu „Bibljoteki Lwowskiej", wydanego p. t. „Studja Lwowskie". Lwów, 1932 str. 19.

Autor na podstawie źródeł archiwalnych kreśli dzieje założenia przez Jana Sobieskiego klasztoru i szpitala Bonifratrów we Lwowie. W miejscu tem, znanem tak dobrze lekarzom lwowskim, niegdyś miał stać stary dąb; później umieszczono w dębie obraz św. Wawrzyńca; potem dąb ścięto i wystawiono na początku XVI. wieku kapliczkę, zrazu drewnianą, potem murowaną, w której umieszczono tenże obraz jako cel pielgrzymek; w XVII wieku osadza w tem miejscu Sobieski Bonifratrów, którzy siedzą tutaj do r. 1783; w tym to roku cesarz Józef II usunął ich stamtąd, przeznaczając zabudowania na wojskowy szpital; z czasem rozbudowany, jest to dzisiejszy Szpital Okręgowy Wojsk Polskich.

Wł. Sz. (Kraków).

Higjena wojskowa. Tom I. Higjena żywienia. GUSTAW SZULC. Zeszyty 1—3. Warszawa. Nakładem „Lekarza Wojskowego". 1931—1932.

Za mało u nas prac o odżywianiu, za mało zwraca się uwagi na ten problem o niezmiernej doniosłości; to też należy powitać z radością podręcznik higjeny żywienia, zwłaszcza gdy wie się, że autor był jednym z tych, którzy budowali teoretyczne podstawy zagadnień przemiany energji żołnierza polskiego i wyznaczyli dietę, która przy możliwie najniższych kosztach pokrywa całkowite zapotrzebowanie żołnierza. Książka przeznaczona jest dla lekarzy wojskowych, ma im wskazać drogi, jakiemi należy postępować, by zdrowie powierzonego ich opiece obywatela-żołnierza nietylko nie doznało uszczerbku, ale by w okresie służby wojskowej uległo stężeniu i zahartowaniu. Zrozumiałem też jest, że pierwszy tom higjeny wojskowej poświęcono higjenie żywienia. Autor tłumaczy się w przedmowie, że higjenę żywienia traktuje

obszerniej, niż praktykuje się to zazwyczaj w podręcznikach higjeny. Recenzent uważa to obszerniejsze traktowanie za szczególną zaletę, idzie nawet dalej: obawia się, że autor przecenił zasób wiadomości młodego lekarza o przemianie materji i energji. Zdaniem mojem rozszerzenie części pierwszej o ogólnych zasadach odżywiania stworzyłoby mocniejszą podbudowę dla szczegółowej części, obejmującej opis i ocenę produktów żywnościowych. Książka jest pożyteczną i nie powinna ograniczyć się tylko do wojska; lekarz cywilny wiele znajdzie w niej rzeczy, które dadzą się w jego życiu wyzyskać. Recenzent przypuszcza też, że nakład wkrótce zostanie wyczerpany. Do następnego wydania dobrze byłoby wprowadzić w pierwszej części pewne poprawki; proponowałbym zmianę nazw, a mianowicie zastąpienie obcobrzmiącego wyrazu „metabolizm" przez „przemianę", dalej „współczynnik oddechowy" przez „iloraz oddechowy"; następnie należałoby objaśnić tablicę na stronie 19 wiersza 20 do 24 od góry: liczby tutaj podane odnoszą się do przemiany całkowitej, a niedość obeznany z przedmiotem czytelnik mógłby zrozumieć, że idzie tu o przemianę spoczynkową. Rewizji należałoby poddać rozdział o witaminach, a mianowicie w odniesieniu do istoty chemicznej witaminy przeciwneurytycznej (strona 31, wiersze 4 do 8 od góry), dalej uwzględnić inne witaminy grupy B, wreszcie może z większą pewnością podać dane o istocie witaminy D (przeciwkrzywiczej) (strona 35 wiersze 1 do 5 od dołu). Te uwagi nasunęły się recenzentowi, który uważa, że nieznaczne te braki dałyby się usunąć z łatwością, gdyby autor zdecydował się rozszerzyć część ogólną o kilkanaście stron. Takie rozszerzenie umożliwiłoby korzystanie z książki szerszym sferom czytelników. Dla dobra stanu zdrowia i wojska i ludności cywilnej życzyćby należało „Higjenie wojskowej" jak największego rozpowszechnienia.

W. Mozołowski (Lwów).

Choroby wewnętrzne.

Terapja szczegółowa — Przewodnik terapeutyczny dla lekarzy-praktyków — pod ogólną redakcją Prof. Dr. F. Malinowskiego 1932. Nakładem warszawskiej ajencji wydawniczej „Delta". str. 887.

Wydawnictwo bardzo pożyteczne, które powinno zastąpić i zupełnie wyrugować z naszego terenu podobne wydawnictwa francuskie i niemieckie, znajdujące się obecnie w dużej liczbie w rękach naszych praktyków. Pod względem opracowania, zwłaszcza niektórych działów, wydawnictwo polskie nietylko nie ustępuje w niczem podobnym książkom obcym, ale w wielu razach przewyższa je wybitnie. Lekarz praktyk znajdzie tam w niektórych działach i wiadomości etjologiczne, które mu posłużą jako wskazówka do leczenia, a także i odpowiednie recepty, które będzie mógł wprost zużyć w swojej praktyce bez wielkiego wysiłku, co jest dzisiaj niestety częstem dążeniem nowoczesnych praktycznych terapeutów. Postać encyklopedyczna głównego działu t. j. przewodnika terapeutycznego jest powodem, że niektórzy współpracownicy potraktowali dany przedmiot pobieżnie, niektórzy zbyt pobieżnie i niejasno, ze szkodą dla czytelnika. Niektóre ustępy, zwłaszcza z działu ginekologji i położnictwa, stylem przypominają kalendarzyk lekarski, czego nie powinniśmy znaleźć w omawianej książce i co powinno zniknąć z następnego wydania. Podnieść muszę natomiast dużą wartość ustępów z działu terapji chorób gruczołów dokrewnych i narządu ruchu, nadzwyczajnie sumiennie i praktycznie opracowanych przez Prof. Orłowskiego Zenona i Dr. Rosseta, które przy drugiem wydaniu książki powinny posłużyć jako wzór, jak tego typu książka powinna być napisana, ażeby stanowić nawet rodzaj podręcznika leczniczego dla lekarza praktycznego. Nie mogę pominąć milczeniem jeszcze formy recept podanych w książce. W przeważnej liczbie są one przytoczone tak, że mogą być wprost przepisane i użyte do leczenia przez lekarza i tak powinno być w takiej książce. Nie jest dobrze jednak, jeżeli recepty są podane niedbale jak np. w dziale terapji chorób dróg oddechowych i opłucnej. Recepta powinna być podana w myśl zasad receptury i wtedy tylko może ona służyć nietylko dla celów praktycznych, ale także może spełnić swój cel dydaktyczny, czego można oczekiwać od dobrze napisanej książki encyklopedycznej. Dodać należy, że język i styl książki jest bez zarzutu, choć jeden z autorów nie mógł się pozbyć wyrażenia „szpryca" zamiast znanego ogólnie „strzykawka". Podnieść muszę, że działy dodatkowe, omawiające technikę terapeutyczną, elektro i promieniolecznictwo, rentgenolecznictwo itd. z korzyścią przeczyta każdy lekarz praktyczny, któremu całą książkę wogóle możemy bardzo polecić. Drobne usterki, które podkreśliłem powyżej, nie obniżają wartości książki, która powinna rozejść się szybko między lekarzami praktycznymi, dając dowód do nowego wydania.

M. Franke (Lwów).

Maladie de Hodgkin (Lymphogranulomatose maligne). PAUL CHEVALLIER et J. BERNARD. Masson et Edit. 1932. Paris. str. 293.

Książka powyższa jest pierwszą obszerną monografją francuską w tym przedmiocie i obejmuje jedynie postacie typowe ziarnicy złośliwej, cechujące się powiększeniem gruczołów. Inne odmiany ziarnicy mają być opracowane w osobnej monografji. Po krótkim wstępie historycznym omawiają autorzy obszerniej etjologię kliniczną, następnie wyczerpująco przedstawiają anatomję patologiczną ziarnicy poświęcając jej przeszło 80 stron i szereg instruktywnych rycin. W rozdziałach o bakterjologji, patogenezie przedstawiono dotychczasowe usiłowania różnych autorów w sposób bardzo objektywny. Część druga książki jest poświęcona klinice typowych postaci ziarnicy złośliwej. Starannie omawiają autorzy poszczególne objawy kliniczne, opierając się zarówno na własnem doświadczeniu jako też danych piśmiennictwa, które wyjątkowo skrupulatnie cytują. Obszernie omówioną została diagnostyka różniczkowa tego schorzenia. Sprawie leczenia ziarnicy poświęcono rozdział ostatni. Jakkolwiek monografja powyższa nie przynosi nic nowego i zasadniczego, stanowi jednak bardzo cenne zestawienie z dotychczas opublikowanych prac, które jest tem cenniejsze dla czytelnika, że wyszło z pod pióra ludzi posiadających duże własne doświadczenie kliniczne. Jasność, lekkość stylu właściwe francuskim autorom.

W. Grabowski (Lwów).

Krążenie krwi w żylakach. M. RATSCHOW. Zeitschrift für Klin. Med. B. 119. H. 1—2.

Po wstrzyknięciu do żylaków abrodylu (bez ubocznych objawów) dają się one doskonale przedstawić na zdjęciach rentgenowskich. Okazuje się, że żylaki żył głębokich należą do bardzo wielkich rzadkości i te w powstawaniu t. zw. żylaków nie mają znaczenia, natomiast żylaki żył małych tuż po naczyniach włosowatych są przyczyną objawów dekompensacji w krążeniu żylnem pod postacią: rumieni, miejscowych obrzęków, wyprysków i wrzodów żylakowych. Stopień dekompensacji ustala się na podstawie serji zdjęć po wstrzyknięciu abrodylu. Leczenie żylaków należy zaczynać zawsze od małych żył, stosując środki zewnętrzne.

H. Długosz (Lwów).

Rytm cwałowy. L. J. FOGELSON. Zeitschrift für Klin. Med. B. 119. H. 1—2.

Powstaje przez rozdzielenie złożonego tonu pierwszego, które spowodowane jest dłuższem trwaniem pierwszego tonu i przedłużeniem interwału między przedsionkami a komorami (typ przedsionkowy) lub na skutek bloku ramienia (typ komorowy). Prognoza w pierwszym wypadku jest dobra, w drugim bardzo poważna. Tylko krzywe elektrokardjograficzne mogą napewno wykazać, z jaką formą mamy do czynienia. Doświadczenia na zwierzętach z przecinaniem wiązki przewodzącej potwierdziły obserwacje u ludzi.

H. Długosz (Lwów).

Przyczyny silnych krwotoków płucnych przy zastoju w płucach. E. PROFT. Zeitschrift für Klin. Med. B. 119. H. 1—2.

Przy niedomodze serca występują dwa rodzaje krwotoków: małe krwotoki z naczyń włosowatych płuc *per diapedesim* z powodu zastoju w krążeniu małem i duże krwotoki, których przyczyną jest zastój w krążeniu dużem z powodu niedomogi komory prawej, zastój krwi w żyłach oskrzelowych, należących do krążenia dużego, i następowe pękanie żył oskrzelowych.

H. Długosz (Lwów).

Leczenie dietetyczne hematogennych schorzeń nerek. KOCH. Therapie der Gegenwart. Nr. 2. 1932 r.

Dietetyczne leczenie ma nadal w lecznictwie schorzeń nerkowych najważniejsze znaczenie, podczas gdy zapobiegawcze stosowanie diety, oszczędzającej nerki w chorobach zakaźnych — nie ma zdaniem autora żadnego wpływu na powikłania, a nawet może być szkodliwe, przedłużając zwłaszcza u dzieci okres rekonwalescencji.

Wychodząc z założenia, że jedną z najważniejszych czynności nerek jest wydalanie z ustroju produktów przemiany białkowej, ma ograniczenie lub zniesienie podawania białka znaczenie tylko w przypadkach niedomogi czynnościowej nerek, bo w ten sposób można uniknąć, jako niechybnego następstwa tego stanu, mocznicy.

To samo odnosi się do podawania soli względnie płynów, nie schematycznie, lecz indywidualizując każdy przypadek chorobowy i tak w pewnych przypadkach podaje się leczniczo ostateczny produkt przemiany białkowej t. j. mocznik, uważając zgodnie

z Volhardem za przyczynę zespołu objawów nefrozy — utratę białka wskutek znacznego białkomoczu. Obfite podawanie zaś soli ma uzasadnienie w przypadkach zaburzenia wydolności nerek z powodu zmniejszenia chlorków krwi, a tak zwany „*Wasserstoss*“ Volharda ma nieraz decydujące znaczenie w przypadkach ostrej *glomerulonephritis* bez obrzęków, przy dobrym stanie narządu krążenia. Ograniczanie tłuszczów w przeciwieństwie do badań innych autorów nie ma żadnego znaczenia.

Nefrozy ostre i ogniskowe zapalenia nerek nie wymagają leczenia dietetycznego, w przeciwieństwie do przypadków schorzeń nerek z nadciśnieniem, w których stosowanie diety aż do ścisłej głodówki daje najlepsze wyniki, polegające nietyle na oszczędzaniu nerek, ile na odciążeniu narządu krążenia.

J. Eichel (Lwów).

Wyniki i wskazania terapji solami wapnia. BARATH. Therapie der Gegenwart. Nr. 2. 1932.

Sole wapnia działają przeciwzapalnie, zmniejszają przepuszczalność ścian naczyniowych, wzmacniają skurcz serca, działają moczopędnie (wypierając z organizmu sód, usuwają ważny czynnik zatrzymania wody w ustroju), zmniejszają pobudliwość nerwów i mięśni, skracają czas krzepnienia krwi. Do leczenia drogą zastrzyków nadają się następujące stany chorobowe: 1) krwawienia wszelakiego pochodzenia, 2) napady astmatyczne i tężyczki, 3) schorzenia alergiczne z objawami skórnemi, 4) zatrucia (zwł. ołowiem), 5) zapalenia płuc i pewne formy schorzeń serca, zwł. pochodzenia nerwowego. Leczenie *per os* ma zastosowanie w zaburzeniach odżywienia (w połączeniu z witaminami), jako środek moczopędny w obrzękowej postaci zapalenia nerek (przeciwwskazane w ostrem zapaleniu nerek), w wysiękowem zapaleniu błon surowiczych, w marskości wątroby, w stanach nieżytowych i gruźlicy narządu oddechowego oraz w schorzeniach systemu nerwowego (zwł. jako *calcium bromatum* i *phosphoricum).*

J. Eichel (Lwów).

Perparin. BERKESY. Therapie der Gegenwart. Nr. 2. 1932.

Syntetycznie otrzymana papaweryna pod postacią tabletek i injekcyj podskórnych i dożylnych (dawka: 0,04 g) nie dając żadnych objawów ubocznych, działa analogicznie jak papaweryna, a nawet nieco silniej we wszelkich stanach spastycznych przewodu pokarmowego, dróg żółciowych, oskrzeli i naczyń wieńcowych serca.

J. Eichel (Lwów).

Salicylan fizostygminy w leczeniu wola wytrzeszczowego. J. BRAM. Archives of Internal Medicine, lipiec 1931 r.

Autor opisuje wyniki, osiągnięte podawaniem fizostygminy przez okres 10 tygodni w 200 przypadkach wola z wytrzeszczem. W 98 przypadkach (49%) efekt leczniczy był nadzwyczaj zadawalniający a co najważniejsze był trwałym; w 48 (24%) korzystny wynik leczenia miał charakter przejściowy, zaś w pozostałych przypadkach (27%) nie spostrzegł autor żadnej poprawy. Z wyjątkiem 5 chorych, cierpiących z powodu stale się utrzymującej biegunki, nie było przeciwwskazań w stosowaniu tego leku a również nie spostrzeżono ubocznych i szkodliwych wpływów. Autor podaje dorosłym salicylan fizostygminy w dawkach 1/30 grama (2 mg) 3 razy dziennie. Wyniki najbardziej zadawalniające spostrzeżono: u chorych poniżej 14 i powyżej 50 lat; u cierpiących na tę chorobę przez okres, przekraczający 4 lata; wykazujących przemianę spoczynkową poniżej + 40; przedstawiających stan najbardziej posuniętego wytrzeszczu i w przypadkach niemiarowości serca zwłaszcza drgań włókienkowych uszka.

Ungar (Lwów).

Parawertebralne zastrzyki alkoholu w celu usunięcia bólu sercowego. R. LEVY i R. MOORE. Archives of Internal Medicine, lipiec 1931 r..

Autorzy na podstawie 57 przypadków, opisanych w piśmiennictwie, oraz 9 przez siebie badanych rozbierają krytycznie wyniki, osiągane przy pomocy zastrzyków przykręgowych alkoholu celem usunięcia bólu serca. Technika zastrzyku jest prosta, lecz wymaga ćwiczenia na zwłokach. W 49 przypadkach 51% chorych doznało po zastrzykach zupełnej lub prawie zupełnej ulgi; polepszenie widoczne było w 34% a w 15% zabieg chirurgiczny pozostał bez skutku. Niektórzy chorzy odczuwali ulgę tylko w nieznacznej mierze i czasowo; u innych wynik był uderzająco korzystny.

Po zastrzyku większość chorych wykazywała hiperestezję w zakresie klatki piersiowej oraz ból neurologiczny międzyżebrowy segmentu nerwowego, do którego zastrzyk był zrobiony. Czasami utrzymywało się to przez przeciąg 6 tygodni i nie można było uniknąć tego. Niektórzy gorączkowali po zastrzyku tydzień cały. W 2 przypadkach z 9 badanych przez autorów po zastrzykach zauważyli wysięk lewostronny opłucnej. Objaw Hornera wystąpił w 7 przypadkach.

Zastrzyk parawertebralny alkoholu u chorych z napadowym bólem sercowym budzi dobrą nadzieję usunięcia tegoż. Metoda ta wymaga jednak dalszych badań, by o jej wartości móc coś stanowczego powiedzieć. Obecnie możnaby ją stosować dopiero po poprzedniem starannem leczeniu innemi środkami. Metoda ta posiada silną podstawę fizjologiczną a jest mniej niebezpieczną od sympatykoektomji szyjnej.

Ungar (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

IV. Wydział lekarski Polskiej Akademji Umiejętności.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 18 kwietnia 1932.
Przewodniczący: H. Hoyer.

Czł. W. Orłowski przedstawia pracę p. Aleksandra Oszackiego p. t.: *Zawartość tlenu we krwi tętniczej i żylnej przy chorobie nowotworowej. Zaburzenia w utlenianiu i ich znaczenie patogenetyczne dla powstania i wzrostu nowotworu.*

Autor na podstawie własnych badań dochodzi do następujących wniosków:

1. Zawartość tlenu we krwi nowotworowej, to znaczy we krwi żylnej, wypływającej z guza nowotworowego oraz z tkanek go otaczających, jest wyższa i to często znacznie wyższa, niż we krwi żylnej nienowotworowej, pobranej równocześnie z obszarów tego samego ustroju, analogicznych pod względem anatomicznym i czynnościowym.

2. W porównaniu z krwią tętniczą okazuje się również, że krew żylna nowotworowa zawiera więcej tlenu, niż to odpowiada ogólnie przyjętej normie, stwierdzonej również przez autora w przypadku nienowotworowym.

Ponieważ zawartość bezwodnika węglowego, oznaczonego równocześnie z tlenem, nie ulegała wahaniom przeciwnym jak tlen i w niektórych przypadkach szła równolegle do wartości tlenu, przeto autor wnosi, że owe wyższe zawartości tlenu we krwi nowotworowej nie są następstwem szybszego przepływu krwi przez guz nowotworowy i jego otoczenie, ale że należy je uważać za wyraz osłabienia procesów utleniających czyto w tkankach nowotworowych samych, czy też w tkankach nienowotworowych, otaczających nowotwór.

Zestawiając orjentacyjnie, a więc niewagowo, masę guzów nowotworowych z masą tkanek guz otaczających, których obszar obejmowała żyła, dostarczająca próbki krwi nowotworowej z jednej strony, a z drugiej ze znacznie wyższą zawartością tlenu w tej krwi, dochodzi autor do wniosku, że sama masa nowotworu nie mogłaby spowodować tak znacznej nadwyżki tlenu, że musi w tem brać udział także tkanka nienowotworowa, otaczająca guz. Stąd autor skłonny jest przypuścić, że owo osłabienie procesów utleniających należałoby uważać raczej za zjawisko pierwotne, dotyczące tkanek nienowotworowych, a warunkujące powstanie tkanek nowotworowych.

(Praca wykonana z zasiłkiem fundacji im. Tyszkowskiego).

Czł. W. Orłowski przedstawia pracę pp. A. Oszackiego, J. Rosego, S. Jakusa p. t.: *Odczyn i zapas zasad oraz ilość katjonów we krwi przy chorobie nowotworowej.*

Autorowie na podstawie własnych oznaczeń dochodzą do następujących wniosków:

1. Zawartość jonów wodorowych przy chorobie nowotworowej jest w różnych przypadkach różna i okazuje w jednych przypadkach wyraźną tendencję alkalotyczną, w innych zaś kwasicą. Najrzadziej stosunkowo spotyka się wartości prawidłowe.

2. Zestawiając zapas zasad, oznaczony wprost, z zapasem zasad, obliczonym na podstawie równania Hendersona-Hasselbacha, dochodzą autorowie do wniosku, że w przypadkach alkalozy występuje osłabienie buforu węglanowego.

3. Stwierdziwszy oprócz tego mikrocytozę, zwiększenie zawartości potasu w ciałkach czerwonych, obniżenie wskaźnika barwikowego, zmniejszenie zawartości żelaza w oksyhemoglobinie — jako zjawiska, występujące wprawdzie nie we wszystkich, ale w znacznej większości przypadków, — dochodzą autorowie do wniosku, że tak owe skrajne wartości odczynu krwi, jak i owo osłabienie buforu węglanowego są następstwem zaburzeń w jakości biochemicznej ciałek czerwonych i ich barwika.

Łącząc wyniki i wnioski tej publikacji z poprzednią, sądzą autorowie, że jedną z przyczyn procesów utleniających, jako zjawiska patogenetycznego przy powstaniu nowotworów, jest jakościowa zmiana w biochemizmie ciałek czerwonych i ich morfologji.

(Praca wykonana z zasiłkiem fundacji im. Tyszkowskiego).

Czł. R. Nitsch przedstawia pracę pp. S. Sierakowskiego i B. Zabłockiego p. t. *Z badań nad odczynami serologicznemi w kile.* Doniesienie III. *PH a komplement.*

W tej pracy postawiono następujące pytania:

1) jaki jest wpływ pH na hemolizę w granicach: 3,0—11,0,

2) w jakich granicach pH działanie hamujące dodanego kwasu ew. ługu da się odwrócić,

3) jaka jest szybkość hemolizy w różnych pH,

4) przy jakiem pH dopełniacz najdłużej zachowuje swoją siłę hemolityczną,

5) jaki jest mechanizm oddziaływania kwasów względnie ługów na system hemolityczny.

Na zasadzie szeregu badań doświadczalnych otrzymali autorowie następujące odpowiedzi:

1) Przy pH 5,4 następuje całkowite zahamowanie hemolizy; przy pH 4,6 i poniżej następuje nieswoista hemoliza wskutek rozpuszczenia krwinek i wytworzenia hematyny kwaśnej.

Przy pH 9,2 następuje zahamowanie hemolizy, a rozpoczynając od pH 10,3 krwinki pod wpływem ługu się rozpuszczają.

2) Działanie kwasu na dopełniacz da się odwrócić aż do pH 4,0. Działanie ługu da się odwrócić aż do pH 11,3—11,5.

3) Szybkość hemolizy jest największa w pH 7,6—8,0.

4) Dopełniacz najlepiej konserwuje się w pH 7,6—8.

5) Kwas i ług działają na dopełniacz, natomiast nie powodują oddzielenia dwuchwytnika (amboceptora) od krwinek.

Wniosek praktyczny: Hemolizę należy prowadzić w pH 7,6—8,0. Wobec tego surowice należy nieco alkalizować.

(Z Państwowego Zakładu Higjeny. Dyrektor dr. doc. G. Szulc. Dział Bakterjologji i Medycyny Doświadczalnej. Dyrektor profesor L. Hirszfeld).

(Praca wykonana z zasiłkiem fundacji im. Tyszkowskiego).

Czł. Nitsch przedstawia pracę pp. S. Sierakowskiego i B. Zabłockiego p. t. *Z badań nad odczynami serologicznemi w kile.* Doniesienie IV. *Wpływ pH na wiązanie dopełniacza przez antygen McIntosha w odczynie Bordet-Wassermanna.*

Badania miały na celu stwierdzenie, czy ilość dopełniacza związanego przez surowicę kiłową w obecności antygenu McIntosha zależy od pH środowiska. Sprawa ta dotychchczas nie była badana. W tym celu do szeregu próbówek z różnemi dawkami NaOH 0,15 n. (izotonicznego) i kwasu HCl też 0,15 n. dodawano surowicę kiłową i antygen McIntosha w dawkach używanych przy odczynie Bordet-Wassermanna, a następnie dopełniacz w nadmiarze. Po oznaczeniu pH metodą elektrometryczną wstawiano próbówki na przeciąg 30 minut do kąpieli wodnej 37° C, poczem zobojętniano wszystkie próbówki, doprowadzając do takiego pH, jakie miała próbówka kontrolna, gdzie nie dodano ani kwasu, ani ługu. Nadmiar dopełniacza oznaczano we wszystkich próbówkach zapomocą miareczkowania. Jako kontroli używano surowicy niekiłowej, z którą przerabiano równocześnie identyczne doświadczenie.

Wyniki badań: 1) Zakwaszanie surowicy + antygen nie wpływa na zwiększenie absorbcji dopełniacza.

2) Alkalizowanie surowicy kiłowej + antygen wywołuje silniejsze wiązanie dopełniacza, poczynając od pH 8,0—9,5. PH 9,5 wiąże trzy razy więcej niż pH 8,0. Natomiast surowica niekiłowa + antygen wiąże w tych granicach tę samą, zresztą nieznaczną ilość dopełniacza.

Zjawisko to da się wytłumaczyć tem, że cząstki zawiesiny antygenu McIntosha są coraz mniejsze w miarę wzrostu pH środowiska, wskutek czego ich powierzchnia absorbująca wzrasta.

Dalsze badania nad wyzyskaniem tego zjawiska dla usprawnienia (uczulenia) odczynu Bordet-Wassermanna są w toku.

(Z Państwowego Zakładu Higjeny. Dyrektor dr. doc. G. Szulc. Dział Bakterjologji i Medycyny Doświadczalnej. Dyrektor profesor L. Hirszfeld).

(Praca wykonana z zasiłkiem fundacji im. Tyszkowskiego).

Czł. Juljan Nowak przedstawia pracę pp. Ludwika Grossa i Stanisława Wajdy p. t. *O wpływie łożyska na mięsaka wszczepionego myszom.*

Niniejsza praca, przeprowadzona na materjale 288 białych myszy, stanowi dalszy ciąg badań L. Grossa, których wyniki przedstawione zostały na posiedzeniu w dniu 16 listopada z. r. Zadaniem pracy niniejszej było zbadanie hamującego wpływu łożyska ludzkiego, wszczepianego podskórnie białym myszom, na wzrost przeszczepianego mięsaka.

Badania istotnie stwierdziły tę właściwość ludzkiego dojrzałego łożyska. Okazało się, że mięsak, wszczepiany białym myszom, rośnie znacznie wolniej, jeżeli równocześnie wszczepia się myszom podskórnie łożysko ludzkie w postaci miazgi (rozdrobnionej ostremi nożyczkami i zmieszanej z fizjol. roztworem NaCl), wstrzykiwanej myszom podskórnie w ilości 0,2 cm³ co drugi dzień, kilkakrotnie. Ta dawka okazała się najlepszą. Działanie łożyska jest znacznie wyraźniejsze i silniejsze u samic, niż u samców. Działanie to nie jest jednak zupełnie pewne, pomijając bowiem te przypadki, w których wszczepione łożysko zropiało (a które zaliczono do ujemnych), nie udaje się czasem i w takich przypadkach uzyskać dodatniego wyniku, w których wszczepione łożysko nie zropiało. Ogółem powiodło się w 66% uzyskać zahamowanie wzrostu. Nigdy jednak nie powiodło się wzrostu całkowicie wstrzymać, albo też życie zwierząt znacznie przedłużyć.

Wyciąganie kawałków łożyska eterem (co według B. Zondeka „odtruwa" łożysko dla myszy, nie niszczy natomiast, ani nie wypłókuje hormonów płciowych przedniego płatu przysadki mózgowej) pozbawiało z reguły łożysko hamującego wpływu na wzrost mięsaka.

Ogrzanie łożyska do 60° C osłabia wprawdzie nieco działanie łożyska, hamujące wzrost mięsaka, jednak własności tej całkowicie nie znosi.

Ani wszczepienie kawałków pępowiny dojrzałego płodu ludzkiego, ani kilkakrotne wstrzykiwanie (podskórnie) miazgi galarety Whartona (w fizjolog. NaCl) nie miało żadnego wpływu na wzrost mięsaka.

Łożysko krowie nie posiada własności hamowania wzrostu mięsaka.

Łożysko królicze nie posiada również własności hamowania wzrostu mięsaka. Łożysko królicze nie zawiera hormonów płciowych przedniego płatu przysadki mózgowej.

Insulina działa na wzrost mięsaka początkowo hamująco, w późniejszym jednak okresie zdają się mięsaki róść nieco szybciej. Ponadto była u tych myszy śmiertelność bardzo znaczna.

Badania niniejsze potwierdzają spostrzeżenie L. Grossa, że hormony przedniego płatu przysadki mózgowej (Praelobin-G. Henning) pobudzają nieznacznie wzrost mięsaka, że natomiast folikulina (Progynon-Schering-Kahlbaum) nie wywiera na wzrost mięsaka żadnego wpływu.

Wielkość guza zależy tylko od czasu, jaki upłynął od chwili wszczepienia mięsaka. Nie zależy natomiast ani od ilości wszczepionej miazgi nowotworowej (z wyjątkiem bardzo małych ilości nowotworu, poniżej 0,05 cm³ gęstej zawiesiny miazgi w fizjolog. NaCl) ani od wieku lub wagi zwierząt, ani wreszcie od ich płci.

(Praca wykonana w Zakładzie Anatomji Patologicznej U. J. w Krakowie (Dyr. prof. dr. Stan. Ciechanowski) z zasiłku fundacji im. P. Tyszkowskiego, udzielonego prof. St. Ciechanowskiemu).

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

Sprawozdanie z VII. posiedzenia naukowego dnia 4 marca 1932.

Przewodniczący: Kol. S. Ruff.

1) Odczytanie i przyjęcie protokółu z poprzedniego posiedzenia.

2) Kol. Prezes wygłosił *wspomnienie pośmiertne,* poświęcone zmarłemu członkowi Tow. Dr. Markowi Reichensteinowi: Przed kilku dniami odprowadziliśmy na miejsce wiecznego spoczynku zwłoki bł. p. Dra Marka Reichensteina. Nad grobem przemówiłem imieniem naszego Towarzystwa, prócz tego wysłaliśmy list kondolencyjny do wdowy. Dzisiaj pragnę poświęcić zmarłemu parę słów. Kim był Marek Reichenstein, nie trzeba w tem gronie szeroko się rozwodzić. Znaliśmy go wszyscy jako znakomitego lekarza, który pod względem naukowym i etycznym stał na bardzo wysokim poziomie. Członkiem naszego Towarzystwa był przez lat blisko 30 i szczególnie w latach dawniejszych brał żywy udział w naszych posiedzeniach. Był jednym z założycieli Tygodnika Lekarskiego i przez szereg lat prowadził jego administrację tak sprawnie, że niejednokrotnie Walne Zgromadzenie wyrażało mu swoje uznanie i wdzięczność. Dlatego Towarzystwo nasze zachowa Go we wdzięcznej pamięci (Streszcz. własne).

3) Kol. Wiktor Bross przedstawia chorą l. 33 z *ogólną neurofibromatozą (morbus Recklinghausen).* U chorej znajdują się na skórze całego ciała prócz przebarwień guzki od wielkości grochu do wielkości pięści; poza tem na udzie prawem guz olbrzymich

rozmiarów wagi około 10 kg, utrudniający chorej bardzo znacznie chodzenie; guz ten jest osadzony na szerokiej szypule, konsystencji miękkiej, niebolesny. Poniżej tegoż guza na podudziu prawem spotyka się drugi guz wielkości głowy dziecka. (Streszcz. własne).

4) Kol. Kazimierz Czyżewski przedstawia chorego l. 50. operowanego z powodu *wrzodu trawiennego* powstałego w 9 lat po *zespoleniu żołądkowo-jelitowem* wykonanem przy wrzodzie dwunastnicy. Wrzód pierwotny zagojony; wtórny był usadowiony na samem zespoleniu i drążył do poprzecznicy. Wykonano wycięcie żołądka i zespolenia, łącząc kikuty sposobem Roux. Wyleczenie. (Streszcz. własne).

5) Kol. Sieradzki wygłosił wykład p. t.: *Dochodzenie wątpliwego rodzicielstwa.* (Przeznaczone do druku).

6) Kol. Ziembicki wygłosił wykład p. t.: *Założenie szpitala Bonifratrów, dzisiejszego szpitala wojsk polskich, we Lwowie* (na podstawie pracy przeznaczonej do „Bibljoteki Lwowskiej" Tom XXXI—XXXII).

W dyskusji: Kol. Węgrzynowski stawia wniosek, żeby Lwowskie Towarzystwo Lek. zwróciło się z prośbą do M. S. Wojsk., aby szpitalowi wojskowemu nadało tytuł: szpital im. Króla Jana III. Sobieskiego.

Kol. Ziembicki: odpowiada, że przed kilku laty po odczycie kol. Janusza na Kółku lekarzy szpitala postawiono taki wniosek, odpowiednia prośba została wniesiona do M. S. Wojsk. i obecny Komendant szpitala pułk. Stroński czyni w tym kierunku starania.

Kol. Stroński podaje kilka uwag o stosunku obecnych murów do dawnego szpitala i kościoła Bonifratrów.

Sprawozdanie z XII. posiedzenia naukowego dnia 15 kwietnia 1932.

Przewodniczy: Kol. S. Ruff.

1) Odczytanie i przyjęcie protokółu z poprzedniego posiedzenia.

2) Kol. Prezes zawiadomił o mającym się odbyć we Lwowie II. Wojewódzkim Zjeździe Przeciwgruźliczym i zachęcił obecnych do udziału w tymże.

3) a) Kol. Sołtysik A. przedstawił chorego, u którego wykonał *szew stawu rzekomego wyrostka łokciowego.*

W dyskusji Kol. Ostrowski Tad. zapytuje, jakie było w danym przypadku wskazanie do zabiegu: względy anatomiczne czy polepszenie funkcji.

W odpowiedzi Kol. Sołtysik: względy anatomiczne, gdyż chory jako zawodowy lotnik musi mieć według przepisów kat. „A" bez zastrzeżeń.

b) następnie Kol. Sołtysik przedstawił chorego z *plastyką stawu kolanowego.*

W dyskusji Kol. Ostrowski Tad. sądzi, że do wyciągu cienki drut Kirschnera założony na kłykcie byłby lepszy niż zastosowany przez prelegenta gruby gwóźdź przez piszczel, jednak urządzenie Kirschnera jest kosztowne.

W odpowiedzi Prelegent: mimo zastosowania lepszego sposobu Kirschnera nie obeszłoby się bez następowej plastyki stawu kolanowego.

4) Kol. Mierzecki H. pokazał *własne prześrocza z badań nad ręką robotniczą.*

5) Kol. Liebhart wygłosił wykład: *O hormonach płciowych kobiet.*

Pojęcie t. zw. hormonów płciowych kobiety jest rzeczą zupełnie nową. Ma ono swe źródło w wyodrębnieniu całego szeregu hormonów z moczu i krwi przy pomocy wyszukania t. zw. sprawdzianów *(Testobjekt)* biologicznych, z pomocą których można ponad wszelką wątpliwość stwierdzić obecność tych hormonów w badanem środowisku.

Hormonami płciowemi ściśle rzecz biorąc — nazywamy hormony jajnika i przedniego płatu przysadki mózgowej. Hormony jajnika dzielą się na produkt pęcherzyków t. j. folikulinę i ciałka żółtego, t. j. progestynę czyli luteinę, zaś hormony przysadki na prolan A i B. Prolan A jest hormonem wywołującym dojrzewanie pęcherzyków, a prolan B hormonem luteinizacji, pierwszy działa na wywiązywanie folikuliny, drugi luteiny.

Badania niemal ostatnich tygodni zmuszają nas do wciągnięcia do powyższej grupy hormonów kobiecych hormonu płciowego męskiego pod nazwą androkinina. Hormon ten znajdujemy nawet w dużych ilościach w moczu kobiet ciężarnych, w połogu, nadto mających nowotwory złośliwe. Miejscem produkcji tego hormonu ma być substancja korowa nadnerczy. Ostatnie badania dowiodły nadto niezbicie, że łożysko jest miejscem produkcji folikuliny, prolanów a prawdopodobnie i androkininy. To samo dotyczy nowotworów złośliwych. (Streszcz. własne).

W dyskusji: Kol. Nowicki podnosi zdobycze, niekiedy o rewelacyjnym charakterze, w hormonologji lat ostatnich, w których jedno z pierwszych miejsc zajmują badania nad hormonami płciowemi. Hormony, w latach ostatnich poznane, są już ściślej sprecyzowane, zarówno pod względem ich wyosobnienia, jak także działania biologicznego, co się zawdzięcza nader pomysłowym testom biologicznym. Pokazuje się, że hormony nowoodkryte są w ścisłej zależności wzajemnej. Ostatnio ogłoszone badania Hohlwega i Dohrna wykazują, że np. folikulina działa hamująco na hormony przedniego płata przysadki, wbrew zdaniu Zondeka. Pokazuje się dalej, że obok wymienionych są także inne hormony płciowe, jak androkinina, wykazana przedewszystkiem w korze nadnercza, działająca umężczyźniająco (wirylizująco), na tkanki płciowe męskie, szczątkowo znajdujące się u płci żeńskiej. Ciekawym jest jej wpływ w tym kierunku na szczątki tkanki stercza u szczurzyc. Te fakta mogą nam tłumaczyć pewne zmiany anatomiczne i życiowe u kobiet. Pokazuje się, że w tym samym narządzie są hormony różne: należy tu wspomnieć o niezmiernie ciekawej eukortynie, otrzymanej także z kory nadnercza. Jednem słowem pokazuje się, że dawne zapatrywania o wielogruczołowem działaniu w endokrynologji znajdują dziś potwierdzenie na podstawie uzasadnienia ściślejszego. Jest to ważne, bo jest wskazówką, że należy unikać w badaniach i wnioskach w dobie dzisiejszej jednostronnego zapatrywania i jednostronnego kierunku w hormonologji. (Streszcz. własne).

Sekretarz doroczny: *H. Długosz.*

LISTY DO REDAKCJI.

Wielce Szanowny Panie Redaktorze!

W numerze 24 P. Gaz. Lek. z 12 czerwca r. b. czytam w pięknej pracy Prof. Wachholza p. t. „Wiedeńczycy", w pracy, z której przebija wzruszające ukochanie i pietyzm dla naszej *Alma mater iagellonica,* na str. 443, że Brodowicz — którego w całym blasku organizatorskich zasług autor nam przedstawia, ... nie był zwolennikiem postępu ...... ani perkusja ani auskultacja nie trafiły mu do przekonania....

Otóż dla historycznej sprawiedliwości niech mi wolno będzie nadmienić [1]) że w systematycznych wykładach Brodowicza znajdujemy: Nowe sposoby badania t. j. auskultację i perkusję... i dzieje się to zaledwie w kilka lat po ogłoszeniu klasycznego dzieła Laënneca — a jednemu z uczniów poleca jako temat rozprawy doktorskiej właśnie rzecz o stosowaniu stetoskopu i plesimetru. Zjawia się też drukiem praca [2]) pod tytułem: *De sthetoscopi et plessimetri in diagnosi morborum thoracis usu;........ ad summos in medicina et chirurgia honores sibi concedendos Josephus Lewicki publici juris facit. Cracoviae typis Universitatis* MDCCCXXIX, a więc w r. 1829! Ośmielam się nadto zauważyć, że do opozycji przeciw temu nowatorstwu należeli i niektórzy koryfeusze ówczesnej medycyny — nawet słynny Hufeland. Brodowicz, niewątpliwie jak to czcigodny Autor słusznie wywodzi, mimo że był zdecydowanym wrogiem postępu, przecież z obowiązku nauczycielskiego i te nowe zdobycze nauki przedstawia uczniom swoim.

Łączę wyrazy wysokiego poważania

Dr. Wilhelm Pisek (Lwów).

Wielce Szanowny Panie Redaktorze!

Dnia 26 lipca 1931 r. weszło w życie rozporządzenie Min. Spr. Wewn. (Gen. Służby Zdrowia) o wydawaniu z aptek środków lekarskich (Dz. U. Rz. P. Nr. 6 z dnia 26 stycznia 1931 r). W myśl tegoż rozporządzenia oryginalne recepty lekarskie, na podstawie których jakikolwiek środek zostaje w aptece wydany, zostają w aptece zatrzymywane, a apteki wydają tylko odpisy recept.

Nie zabierałbym głosu w tej sprawie, ponieważ nie czuję się powołanym do prowadzenia dyskusji nad rozporządzeniami ministerjalnemi, jednak fakt, o którym poniżej napiszę, zmusza mnie do

[1]) Por. moją rzecz: Laënnec. Wynalazca stetoskopu na tle ówczesnego stanu medycyny na Zachodzie i w Polsce. Polska Gazeta Lek. Nr. 51. 1926 r. Osobna odbitka stronic 13.

[2]) Okazałem egzemplarz zebranym na posiedz. lwow. tow. lek. 19 listopada 1926 przy sposobności wygłoszenia odczytu.

tego, bym zawiadomił Polską Gazetę Lekarską, jako czasopismo zawodowe lekarzy, o tym fakcie i tem samem powiadomił wszystkich Kolegów li tylko celem samoobrony przed skutkami powyżej wymienionego rozporządzenia, prosząc również wszystkich Kolegów o podawanie spraw podobnych do wiadomości ogółu lekarzy.

Pomijam już oczywista szkodę, jaką lekarze ponoszą, przez zatrzymywanie w aptekach oryginalnych recept, których nagłówki powiadamiają pacjentów o godzinach przyjęć, numerze telefonu, dokładnym adresie i t. p. szczegółach, tyczących się lekarza, który receptę wydał i dla którego ten właśnie nagłówek jest rodzajem jedynej, skromnej, nie krzyczącej reklamy; nie mówię także nic o błędach, jakie się trafiają w aptekach przy przepisywaniu recept, tak w dawkowaniu, jak i w legendzie, przeznaczonej dla pacjenta; ale wcale już nie uchodzi, aby na podstawie zatrzymanych recept urzędy skarbowe obliczały w aptekach ilość recept, mnożyły ilość tę po 20.— Zł za sztukę, a wyciągając stąd zupełnie fałszywe wnioski, obliczały w ten sposób „obrót" danego lekarza i wymierzały na tej podstawie podatki lekarzom.

Aby nie być gołosłownym, podaję do wiadomości, że na jednem z tutejszych zebrań lekarskich dowiedzieliśmy się, że w okolicznem miasteczku T. wymierzono lekarzowi Drowi R. na podstawie takiego obliczenia podatek obrotowy od bardzo znacznej sumy.

Wiele krzywdy wyrządzają i wiele nieznajomości rzeczy urzędy skarbowe wykazują przy takiem postępowaniu. Bo wieleż to recept lekarze piszą, nie pobierając honorarjum np. skoro pacjentowi chodzi o jakieś uzupełnienie, albo jeśli na jednym blankiecie nie można wypisać całej ordynacji, albo jeśli lekarz pozostawia pacjentowi przy pierwszem badaniu 2 lub 3 recepty z tem, że lekarstwo z pierwszej recepty ma zażyć natychmiast, z drugiej np. po kilku godzinach lub dniach, lub gdy nie ma dość gotówki, aby wszystkie lekarstwa zakupić naraz, nie mówiąc już o repetycjach zgubionych odpisów recept zatrzymanych w aptekach. A dalej chciałbym wiedzieć, wiele jest w Polsce lekarzy, którzy za każdą wydaną receptę otrzymują po 20.— Zł. Co za ironja! w dzisiejszych czasach ogół lekarzy nawet myśleć nie może o tak wysokich honorarjach.

Należałoby sprawę tę bezwarunkowo wyświetlić i bezwarunkowo na łamach całej prasy zawodowej poruszyć, a może i Izba Skarbowa we Lwowie wyjaśni, czy apteki odbierają recepty poto, aby być niejako konfidentem Izby Skarbowej.

Proszę przyjąć wyrazy czci i poważania

Dr. Rudolf Rubin (Stanisławów).

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Prof. Dr. Stefan Pieńkowski wychowanek wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego, ostatnio docent uniwersytetu warszawskiego, objął katedrę neurologji i psychjatrji na wydziale lekarskim U. J. w Krakowie, tudzież dyrekturę kliniki neurologiczno-psychjatrycznej U. J., opróżnioną po ś. p. prof. dr. J. Piltzu.

Dla uczczenia pamięci ś. p. Dra Władysława Kopytowskiego zasłużonego ordynatora szpitala św. Łazarza Koło Dermatologów i lekarzy innych działów powierzonego mi szpitala utworzyło wieczysty fundusz stypendjalny imienia Zmarłego. Szczegółowy regulamin tego funduszu przy niniejszem załączam. Komunikując o powyższem, zwracam się z najuprzejmiejszą prośbą do Szanownej Redakcji o łaskawe umieszczenie w poczytnem swem piśmie regulaminu in extenso. Jednocześnie prosiłbym Szanowną Redakcję o łaskawe umieszczenie notatki, iż w dniu 17 maja r. b. komisja do oceny prac asystentów etatowych i wolontarjuszy szpitala św. Łazarza, ubiegających się o nagrody ordynatorów tegoż szpitala, przyznała: a) dla asystentów etatowych: 1) nagrodę drugą w sumie zł 400 Dr. med. Tadeuszowi Jarnińskiemu z oddziału ordynatora Dr. med. Bernhardta za pracę „Przemiana solno-wodna skóry w łuszczycy i w grzybicy naskórkowej Unny"; b) dla asystentów wolontarjuszy: 2) nagrodę pierwszą w sumie 700 zł. Dr. Dr. med. Henrykowi Rasoltowi i Juljanowi Walawskiemu z oddziału ordynatora prof. Semerau-Siemianowskiego za pracę „Zahamowanie się serca pod wpływem porażenia układu współczulnego gynergenem". 3) nagrodę drugą w sumie 550 zł Dr. med. St. Hirszbergowi z oddziału ordynatora Dra med. Wernica za pracę „Istota i wartość rozpoznawcza w kile odczynów d'Amato i Gouin'a. Z poważaniem Dyrektor Szpitala *Dr. med. H. Szczodrowski).*

Regulamin wieczystego funduszu stypendjalnego im. Władysława Kopytowskiego. 1. Dla uczczenia pamięci Władysława Kopytowskiego, zasłużonego lekarza szpitala św. Łazarza w Warszawie, i w celu nawiązania łączności z jego działalnością naukową, Koło dermatologów i lekarzy innych działów szpitala św. Łazarza utworzyło wieczysty fundusz stypendjalny im. Władysława Kopytowskiego. 2. Fundusz wynosi 3000 zł, zabezpieczonych w papierach procentowych pełnowartościowych. Z odsetek będzie wypłacana co 2 lata suma 500 zł jako nagroda za najlepszą i wyróżnioną pracę oryginalną z zakresu anatomji patologicznej skóry z uwzględnieniem szczególnem badań histo-farmakodynamicznych. Prace powinny być ogłoszone drukiem w okresie ostatnich 2 lat, poprzedzających każdorazowy termin konkursu. 3. Do rozpatrzenia prac, zgłoszonych Dyrektorowi szpitala do dnia 15 marca roku konkursowego, powołuje się na zebraniu ordynatorów i z ich grona. Komisję, która oceni prace, a wnioski złoży ogółowi ordynatorów do zatwierdzenia formalnego. 4. W skład Komisji wchodzi 5 członków: Dyrektor szpitala jako przewodniczący, dwóch ordynatorów oddziałów skórno-wenerycznych, ordynator oddziału wewnętrznego lub ginekologiczno-położniczego, kierownik pracowni analitycznej, światłoleczniczej lub też przychodni szpitalnej. 5. Ordynator oddziału lub kierownik pracowni, z której wyszła praca nie może być członkiem Komisji konkursowej. Komisja oceniająca może zaprosić do swego składu rzeczoznawcę (anatomo-patologa) z głosem doradczym. Lekarz ten składa orzeczenie ustne lub pisemne, Komisja zaś w składzie wyżej wymienionym rozstrzyga ostatecznie. 6. Na wezwanie i pod przewodnictwem Dyrektora szpitala Komisja winna załatwić w czasie najkrótszym rozpatrzenie zgłoszonych prac, najpóźniej zaś do dnia 15 maja roku konkursowego. Ocena winna nastąpić po przeczytaniu przez każdego członka komisji wszystkich prac konkursowych, a także na podstawie dyskusji, uwzględniającej wartość rzeczową pracy, jej oryginalność, sumę zużytego trudu, rozległość badań i t. p. Uchwała komisji zapada prostą większością głosów członków obecnych. W razie równości głosów (skutkiem nieobecności któregokolwiek z członków komisji lub wstrzymania się od głosowania) rozstrzyga głos przewodniczącego. 7. O nagrodę konkursową im. Wł. Kopytowskiego może ubiegać się każdy lekarz, obywatel Rzeczypospolitej Polskiej. 8. Zgłoszone prace muszą posiadać cechy prac oryginalnych i nie mogą stanowić jedynie zestawień poglądowych lub rozpraw czysto teoretycznych. 9. Gdy praca konkursowa została wykonana przez 2 lub kilku lekarzy nagroda dzieli się w równych częściach pomiędzy współautorów. 10. W razie niezgłoszenia prac w terminie przepisowym lub w razie nieprzyznania nagrody żadnej z prac zgłoszonych, nagroda konkursowa 500 zł doliczą się do funduszu konkursowego, który w ten sposób ulegać będzie zwiększeniu stopniowemu.

Posiedzenie naukowe Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbyło się we wtorek dn. 21-go czerwca 1932 r. o godz. 8 wiecz. 1. Dekański J.: Patogeneza i klinika zatruć fosgenem. 2. Apfelbaum. Badania nad zachowaniem się cukru we krwi w zakwaszeniu chlorkiem amonu.

Nagroda konkursowa. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza niniejszym dwie nagrody konkursowe, ufundowane przez Towarzystwo Warszawskie „Motor" — Sp. Akcyjna, Zakłady Chemiczno-Farmaceutyczne" w poczuciu potrzeby jak największego rozwoju wiedzy terapeutycznej, będącej dla polskiego przemysłu pobudką, źródłem i sprawdzianem dalszych poczynań i usiłowań w dziale produkcji chemiczno-farmaceutycznej. 1. Nagrody konkursowe będą przyznane za najlepsze z wartościowych prac oryginalnych z dziedziny lecznictwa, napisanych w języku polskim i złożonych w maszynopisie na ręce Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w Warszawie (ul. Niecała 7) do dnia 30 grudnia 1933 roku do godz. 12-ej w południe. 2. Każda nagroda konkursowa wynosi zł 1000. 3. W razie zakwalifikowania do nagrody jednej tylko pracy, Komitetowi konkursowemu przysługuje prawo zwiększenia wysokości nagrody. 4. Komitet konkursowy składa się z dwóch członków Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, zaproszonych przez Zarząd Towarzystwa z pośród przedstawicieli tych gałęzi medycyny, do których zakresu należą złożone prace oraz z Wiceprezesa Towarzystwa, jako przewodniczącego. Komitet może zwracać się do innych członków Towarzystwa w celu pozyskania ich opinji o pracach, zgłoszonych na konkurs. 5. Autorowie prac nie mogą być członkami Komitetu. Nie mogą również należeć do grona Komitetu kierownicy zakładów, w których prace wykonano. 6. Ocena prac musi być wykonana w terminie trzymiesięcznym. Sposób oceny

wybiera Komitet. 7. Ani rozmiar pracy, ani śmierć autora po złożeniu pracy na konkurs we właściwym terminie nie mogą stać na przeszkodzie w otrzymaniu nagrody. 8. Ostateczne zakwalifikowanie pracy do nagrody przez Komitet odbywa się zapomocą tajnego balotowania większością głosów. Balotowanie odbyć się musi odrazu nad wszystkiemi pracami, nadesłanemi na konkurs. 9. Wniosek Komitetu przedstawia Wiceprezes Towarzystwa na najbliższem posiedzeniu Zarządu, który ostatecznie przyznaje nagrodę. 10. Zarząd zawiadamia Towarzystwo Lekarskie Warszawskie o przyznaniu nagrody na najbliższem posiedzeniu klinicznem.

Szanowni Koledzy, pragnący przyjąć udział w Zjeździe w Vichy, zechcą łaskawie (niezależnie od deklaracyj posłanych do Paryża) zawiadomić o tem Doc. Leona Karwackiego, Warszawa, Koszykowa 45, w celu uformowania listy i przedstawienia jej Władzom dla uzyskania paszportów ulgowych. Jest bardzo mało szans uzyskania ulg paszportowych dla rodzin członków Zjazdu (żon, córek, synów).

Polskie Lekarskie Towarzystwo Radjologiczne. LIX posiedzenie naukowe Warszawskiego Koła Radjologów z udziałem Kolegów zamiejscowych odbyło się dnia 26-go czerwca (w niedzielę), ponktualnie o godz. 10-ej rano, w sali Zakładu Fizjologji Uniwersytetu, Krakowskie Przedmieście 26. Porządek dzienny: 1) A. Lachowicz: a) Odma brzuszna jako powikłanie przebiegu odmy opłucnej leczniczej. b) Przypadek nowotworu łagodnego żebra. 2) W. Grabowski i H. Hilarowicz: a) Uchyłek dwunastnicy niezwykłego pochodzenia przy równoczesnej wspólnej kresce (mesenterium commune). b) Przypadek zatkania przewodu żółciowego wspólnego przez kamień i aerocholia. 3) H. Frank-Pittowa: a) Dwa przypadki odosobnionego złamania 1-go żebra. b) Brodawczak żołądka. c) Z kazuistyki torbieli opłucnowych. 4) W. Sawicz: Tablice wielkości serca prawidłowego na podstawie 1000-a przypadków własnych obserwacji. 5) Z. Stankiewicz: Podstawy biologiczne różnych metod napromieniania nowotworów złośliwych. 6) M. Werkenthinówna: Cienie wnękowe prawidłowe i patologiczne w obrazie radjologicznym. 7) W. Zawadowski: Cienie wnękowe w przypadkach nowotworów.

XII. Zjazd Psychjatrów Polskich w Choroszczy pod Białymstokiem na Walnem Zgromadzeniu dn. 16. maja 1932 r. jednogłośnie uchwalił następujące wnioski: 1) XII. Zjazd Psychjatrów Polskich wita z uznaniem rozpoczęcie badań biologiczno-kryminalnych w więzieniach warszawskich i wyraża nadzieję, że Ministerstwo Sprawiedliwości wydatnie poprze te badania i przyczyni się do rozszerzenia ich na inne więzienia z uwagi na doniosłe znaczenie tych badań dla nauki, higjeny psychicznej oraz polityki karnej i penitencjarnej. 2) XII. Zjazd Psychjatrów Polskich 1. stwierdza konieczną potrzebę poddania każdego nieletniego przestępcy badaniom psychologiczno-psychjatrycznym, oraz 2. stwierdza konieczność przekształcenia istniejących zakładów wychowawczo-poprawczych na zakłady wychowawczo-lecznicze pod kierunkiem lekarzy psychjatrów. 3) XII. Zjazd Psychjatrów Polskich uznaje za konieczne ożywienie działalności w dziedzinie higjeny psychicznej w Polsce przez wciągnięcie do pracy przedewszystkiem lekarzy-psychjatrów zakładowych. 4) XII. Zjazd Psychjatrów Polskich uważa za pożądane umożliwienie lekarzom zakładów psychjatrycznych zapoznania się z pracami w klinikach psychjatrycznych i odwrotnie. 5) Wobec braku dostatecznej liczby miejsc w zakładach dla psychicznie chorych w Polsce, XII. Zjazd Psychjatrów Polskich uważa za konieczne usunięcie innych instytucyj w zakładach takich czasowo ulokowanych.

Kraków.

III. Dydaktyczna wycieczka balneologiczna studentów i absolwentów medycyny Uniw. Jag. odbyta pod przewodnictwem Prof. L. Korczyńskiego zwiedziła kolejno: Lubień Wielki, Zaleszczyki, Worochtę, Jaremcze, Morszyn, Truskawiec, Szczawnicę, Rabkę i Jaworze. Powrót do Krakowa nastąpił w nocy 1-go na 2-go lipca br.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XXII. posiedzenie naukowe odbyło się w piątek dnia 24 czerwca b. r. o godz. 18-ej w sali Polikliniki przy ul. Lindego 5. Porządek dzienny: 1) Kol. Ostrowski Tad.: Demonstracje chorych z oddziału chirurg. szpit. powsz. 2) Kol. Sosin: Pokaz preparat. anatom. 3) Kol. Ungar: Samoistne powiększenie gruczołów przyusznych u chorej cukrzycowej.

Poznań.

IX. Posiedzenie Wydziału Lekarskiego I. P. N. wspólnie z Towarzystwem Patologów Polskich (Oddział Poznański), odbyło się w piątek, dnia 10 czerwca 1932 r. o godz. 20,15 w Zakładzie Anatomji Patologicznej, ul. Kozia 9, z następującym porządkiem obrad: 1. Komunikaty Zarządu. 2. Pokazy. 3. Komunikaty: 1) Dr. Stöckel: Nabłoniak kosmówkowy podczas ciąży z pęknięciem macicy. 2) Dr. Stasińska i Dr. Stojałowski: Śródbłoniak złośliwy spojówki. 3) Dr. Stojałowski: a) Uchyłek pęcherza moczowego; b) Ropień tarczycy; c) Guz zapalny krezki. 4) Dr. Czyżak: Przyczynek do zagadnienia zakażenia i późnego krwawienia w połogu. 5) Dr. Zeyland: a) Przypadek ostrej martwicy prosówkowej wątroby u 5-mies. niemowlęcia; b) Niedrożność jelit na tle t. zw. stenosis valvularis; c) Scleroma adiposum cutis neonatorum. 6) Dr. J. Alkiewicz: Przypadek znamienia sinego („blauer Naevus" — chromatophoroma).

X. posiedzenie Wydziału Lekaarskiego odbyło się wspólnie z P. Tow. Ginekolog. w sali wykładowej Kliniki Dermatologicznej U. P. (Szpital Miejski) w piątek, dnia 24 czerwca 1932 o godz. 8,15 wieczorem, z następującym porządkiem obrad: 1. Komunikaty Zarządu i wybór nowych członków. 2. Pokazy. 3. Dr. E. Stöckl: Krótki referat o przypadku ciąży pozamacicznej, rozpoznaje drogą próby króliczej. 4. Dr. E. Stöckl: Wykazanie hormonu ciążowego u królika. 5. Doc. Dr. J. Bajoński: Leczenie w gorące połogowej. 6. Dr. W. Majer: Rola przedmuchiwania jajowodów w operacyjnem leczeniu niepłodności pochodzenia jajowodowego.

Placówka walki z alkoholizmem. W Gościejowie p. Rogoźno (stacja kolejowa i poczta Rogoźno) w Województwie Poznańskiem znajduje się specjalny Zakład leczniczy dla alkoholików pod nazwą „Wojewódzki Zakład Leczniczy dla Alkoholików" dawniej Wojewódzkie Schronisko dla Alkoholików. Zakład przyjmuje pacjentów z całej Polski, tak prywatnych, jak i członków instytucyj rządowych, samorządowych i społecznych. Przyjęcie następuje każdego czasu, przy równoczesnem doręczeniu Zakładowi świadectwa lekarskiego oraz zobowiązania ponoszenia kosztów utrzymania i leczenia, które wynoszą na dobę i na osobę 6 zł, płatne miesięcznie zgóry. Czas kuracyjny trwa zasadniczo 4—6 miesięcy. Na czele Zakładu stoi lekarz-psychjatra p. Dr. Zajączkowski, specjalista w leczeniu alkoholików. Właścicielem Zakładu jest Skarb Państwa, nadzór administracyjny sprawuje Starostwo Krajowe w Poznaniu.

Redakcja otrzymała.

M. Dechaume: La haut fréquence en stomatologie. Masson et Comp. Paris 1932.

A. Bouland et L. Lebourg: Manuel de dessin dentaire. Masson et Comp. Paris 1932.

T. Pisarski: Sprawozdanie z Oddziału urologicznego Państwowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie, za czas od 14 sierpnia 1929 do 31 grudnia 1931. Nakł. Państw. Szpitala św. Łazarza w Krakowie, 1932.

Higjena Szkolna, podręcznik dla kierowników szkół, nauczycieli i lekarzy szkolnych wydawany pod redakcją Dr. Stanisława Kopczyńskiego, nakładem firmy M. Arct w Warszawie, zeszyty I. i II. Warszawa, 1932.

Prof. Ducuing: Huit Conférence de cancérologie. Masson et Comp. Paris. 1932.

Jules Courment, C. Lesieur et A. Rochaix: Précis d'hygiène. Masson et Comp. Paris. 1932.

François Thiébaul: Epreuves biologiques dans les ictères, applications du diagnostic et au pronestic.

G. H. Roger et Fr. Léon Binet: Traité de physiologie normale et pathologique. Tome VI, Circulation. Masson et Comp. Paris 1932.

Sprawozdanie Komisji Senatu akademickiego Uniwersytetu J. K. we Lwowie dla spraw młodzieży i Zarządu Opieki zdrowotnej lwowskich Szkół akademickich za lata akademickie 1928/29, i 1930/31.

Pogotowie Ratunkowe w Warszawie, rok XXXV, 1897—1932.

Claoué C.: Propos sur la clinique esthétique. Paris 1932. Nakład firmy Norbert Maloine.

M. Lapière: Le mycosis fongoide. Masson et Comp. Paris 1932.

Jacques Weis, Louis Spilmann, et Marcel Verain: Le pH en dermatologie. Masson et Comp. Paris 1932.

M. Martiny, M. Préte et A. Berné: La specifité biologique. (Anaphylaxie, immunité, hérédité. Masson et Comp. Paris 1932.